FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

105

Contribution à l'Étude des Tumeurs Malignes des Glandes Salivaires

---

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de MARSEILLE

LE 30 JUIN 1966

par

Paul KAPLANSKI

Né le 19 novembre 1937 à Marseille

Externe des Hôpitaux

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse : M. le Professeur OLMER, Président

MM. les Professeurs LÉNA, CLAUSTRE, LACHARD, SPITALIER — Assesseurs

IMP. SAINT-VICTOR
18, Rue Neuve Ste-Catherine
MARSEILLE - 7e

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545823_0038

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Contribution à l'Étude des Tumeurs Malignes des Glandes Salivaires

---

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de MARSEILLE

LE 30 JUIN 1966

par

Paul KAPLANSKI

Né le 19 novembre 1937 à Marseille

Externe des Hôpitaux

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse :

M. le Professeur OLMER, Président

MM. les Professeurs LÉNA, CLAUSTRE, LACHARD, SPITALIER — Assesseurs

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyen : G. MORIN.
Assesseurs : L. VIGNOLI et J. LAMY.
Attaché principal, Chef des Services administratifs : P. MOUCHET.

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs honoraires

MM. MONGES, ROCHE, CHAUVIN, MATTEI, DE VERNEJOUL, GIRAUD, MERCIER.

Professeurs titulaires de chaires

Anatomie	MM. GRISOLI
Anatomie appliquée et Chirurgie expérimentale	HENRY
Anatomie pathologique	GASTAUT
Bactériologie et Pathologie générale	BRAHIC
Biochimie médicale	LISSITZKY
Botanique et Cryptogamie	PELLISSIER
Cardiologie clinique et expérimentale	JOUVE
Chimie	DUMAZERT
Chimie analytique et Hydrologie	PASTOR
Chimie biologique	DERRIEN
Chimie minérale	MOURGUE
Clinique chirurgicale	CARCASSONNE
Clinique chirurgicale	LAMY
Clinique chirurgicale	LÉNA
Clinique cfhirurgicale infantile et orthopédie	SALMON
Clinique de chirurgie thoracique	DOR
Clinique dermatologique	HADIDA
Clinique d'endocrinologie	VAGUE
Clinique exotique	BLANC
Clinique médicale	N...
Clinique médicale	AUDIER
Clinique médicale thérapeutique	OLMER
Clinique des maladies infectieuses	RAYBAUD
Clinique des maladies des voies digestives et de la Nutrition	MONGES H.
Clinique médicale infantile	BERNARD R.
Clinique de neurologie	BOUDOURESQUES
Clinique neuro-chirurgicale	PAILLAS
Clinique obtétricale et gynécologique	CHOSSON
Clinique ophtalmologique	JAYLE
Clinique oto-rhino-laryngologique	APPAIX
Clinique pneumo-phtisiologique	CHARPIN

Clinique psychiatrique	SUTTER
Clinique rhumatologique	RECORDIER
Clinique stomatologique	N...
Clinique urologique	DUCASSOU
Electroradiologie	LÈGRE
Histologie et embryologie	PICARD
Histologie et embryologie	STAHL
Hygiène et médecine sociale	SAUTET
Matière médicale	N...
Médecine expérimentale	DONNET
Médecine légale et médecin du travail	MOSSINGER
Parasitologie	RANQUE
Pathologie chirurgicale	GRANJON
Pathologie interne	MOUREN
Pharmacie chimique et toxicologie	VIGNOLI
Pharmacie galénique	BERNARD P.
Pharmacologie pharmaceutique	DELPHAUT
Physiologie	MORIN
Physiopathologie des voies respiratoires	LAVAL
Physique	DUBOULOZ
Physique médicale	ROUX
Thérapeutique	PIÉRI
Zoologie et microbiologie	GRÉBUS

Professeurs titulaires à titre personnel

Chirurgie	MM. BOURGEON René
Ophtalmologie	FARNARIER
Chirurgie thoracique et chirurgie du cœur	HOUEL
Chirurgie générale	IMBERT
Obstétrique et gynécologie	JAHIER
Anatomie pathologique	LAFFARGUE
Pharmacodynamie et biologie humaine	MERCIER Jacques
Pédiatrie	ORSINI
Anatomie pathologique	PAYAN
Chirurgie	SÉRAFINO
Microbiologie	TAMALET
Oto-rhino-laryngologie	TISSIÉ
Toxicologie	VIALA

Professeurs sans chaire

MM. DEPIEDS, DESANTI, CRISTAU, GEVAUDAN, CORRIOL

Maîtres de conférences agrégés

MM. ARDISSON
ARNOUX A.
BARET
BATTESTI
BERNARD P.-M.
BUISSON
CARCASSONNE M.
CLAUSTRE
CHEVROT
COURBIER
CREVAT
DALMAS
DUMON

MM. FOURNIER
GASCARD
GAYTÉ-SORBIER
GHIGLIONE
ISEMEIN
Mme JOUVE
MM. JULLIEN
LALLEMAND
LANZA Maurice
LOUCHET
MONGIN
MURATORE
NICOLI

MM. PLASSE
REYNAUD
RICHELME
ROLLAND
SALAMON
SEITE
TARANGER
TATOSSIAN
TOGA
VITRY
ZWIRN

Agrégés en exercice

MM. Bérard
Brémond
Bricot
Carcassonne Y.
Casanova
Coignet
Comiti

MM. Gares
Gérard
Jean
Lachard
Michotey
Monges
Reboud

MM. Ruf
Sarles
Simonin
Témime
Trifaud

Agrégés libres

MM. Berthier
Bourret
Chauvin
Devin

MM. Figarella
Gambarelli
Ollivier
Ourgaud

MM. Paoli
Serment

A MON PERE,

A MA MERE,

A MA FEMME,

A MON FILS,

Avec toute mon affection.

A notre Président de thèse, Monsieur le Professeur OLMER,

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Pendant le semestre d'externat passé dans votre service vous nous avez fait profiter de votre enseignement et de votre expérience.

Veuillez trouver ici l'expression de notre admiration profonde et de notre respectueuse gratitude.

A Monsieur le Professeur LENA,

Nous vous remercions d'avoir accepté de siéger dans notre jury de thèse.

Jeune externe dans votre service vous nous avez beaucoup appris.

Permettez-nous de vous exprimer ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A notre maître, Monsieur le Professeur agrégé LACHARD,

Nous ne vous remercierons jamais assez pour tout ce que vous nous avez appris.

La précision, la minutie, la clarté de votre enseignement nous ont toujours profondément séduit.
Vous nous avez honoré en nous confiant ce sujet de thèse.

Nous sommes heureux de vous dire notre reconnaissance et notre profond attachement.

A Monsieur le Professeur agrégé CLAUSTRE,

Nous avons fréquenté votre service pendant deux ans. La courtoisie et la gentillesse de votre accueil nous ont particulièrement touché.

C'est un très grand honneur que vous nous faites en jugeant ce travail.

A Monsieur le Professeur agrégé SPITALIER,

Au cours du semestre passé à vos côtés nous avons été le témoin de votre extraordinaire activité et de votre optimisme.

Votre bienveillante autorité à notre égard nous a toujours touché. Nous vous en remercions.

A mes maîtres dans les hôpitaux :

Professeur MATTEI,

Professeur LAMY,

Professeur POINSO (in memoriam),

Dont j'ai eu l'honneur d'être le stagiaire.

Professeur DUMON,

Professeur PAOLI,

Professeur LENA,

Professeur DUCASSOU,

Professeur OLMER,

Professeur LACHARD,

Dont j'ai eu l'honneur d'être l'externe.

A TOUS MES CAMARADES D'EXTERNAT.

A TOUS MES AMIS DU DIPLOME DE STOMATOLOGIE.

PLAN D'ÉTUDE

- **INTRODUCTION.**
- **LES OBSERVATIONS.**
- **ETUDE ANATOMIQUE.**

  I. — La parotide.

  II. — La glande sous-maxillaire.

  III. — Les glandes accessoires.

  1° La sublinguale.

  2° Les lèvres.

  3° Les joues.

  4° Les glandes vélo-palatines.

  5° Les glandes linguales.

  6° Les autres.

- **ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE.**

  I. — Les carcinomes vrais.

  1° Les adénocarcinomes.

  2° Carcinomes en métaplasie épidermoïde.

  3° Carcinomes muco-épidermoïdes.

  II. — Les cylindromes.

  III. — La question des tumeurs mixtes malignes.

- **ETUDE CLINIQUE.**

  I. — La parotide.

1° Les carcinomes.

2° Les cylindromes.

3° Le diagnostic.

II. — La glande sous-maxillaire.

1° Les cylindromes.

2° Les carcinomes glandulaires.

III. — Les glandes accessoires.

• **ETUDE THERAPEUTIQUE.**

I. — Au niveau de la parotide.

A. — *Les méthodes.*

B. — *Les indications.*

C. — *Les résultats.*

II. — Au niveau de la sous-maxillaire.

III. — Au niveau des glandes accessoires.

• **CONCLUSIONS.**

INTRODUCTION

Les néoplasmes malins des glandes salivaires sont relativement fréquents. Ils constituent un chapitre particulièrement intéressant de l'étude des tumeurs en raison de leur anatomie pathologique très complexe, de leur singulière gravité locale et générale et des difficultés de leur traitement.

La présente étude est basée sur une série de cas appartenant aux trois grands groupes salivaires. En effet, si les glandes principales sont le plus souvent atteintes par ces processus tumoraux, il n'est pas rare de trouver de telles tumeurs au niveau des glandes accessoires réparties sous la muqueuse buccale, à savoir : sublinguale glandes salivaires des lèvres, des gencives, des joues et du palais.

Comment se présentent ces cancers des glandes salivaires ?

Depuis les travaux de Redon il est classique de décrire deux aspects bien différents :

Dans les plus petit nombre de cas, il s'agit de tumeurs infiltrantes, mal limitées, présentant quelquefois des manifestations régionales signant la malignité : signes neurologiques ou adénopathies. Ce sont les formes cliniques que l'on oppose aux formes histologiques.

Ici la tumeur se présente sous l'aspect d'un nodule, bien limité, situé au sein de la glande. L'aspect du nodule étant lui-même variable dans sa forme ainsi que dans sa consistance. Il n'infiltre jamais la glande et ne s'accompagne pas de manifestations régionales (adénopathies ou atteintes neurologiques). C'est sur ces formes nodulaires ayant tout à fait l'apparence de la bégninité que nous voudrions insister.

LES OBSERVATIONS

Sur 50 observations qui ont été retenues nous retrouvons 5 tumeurs infiltrantes et 45 nodules circonscrits.

Les cinq tumeurs infiltrantes intéressent la parotide. Il s'agit de lésions malignes : 3 adénocarcinomes, 1 métastase de tumeur ovarienne, 1 maladie de Hodgkin.

La localisation des nodules est : 27 fois la parotide,
6 fois la sous-maxillaire,
13 fois les glandes sous-muqueuses de la cavité buccale, avec 2 sublinguales, 5 localisations palatines, 4 jugales, 2 gingivales.

La nature des nodules est variable, et nous avons relevé : 1 lésion inflammatoire simple, 2 adénopathies, 2 lipomes, 2 kystes, 4 cystadénolymphomes, 25 tumeurs mixtes, 2 cylindromes, 7 épithéliomas glandulaires.

TABLEAU I

	Parotide	S/s Maxillaire	Muqueuse buccale
Inflammation simple	2	1	
Adénopathies	1		
Lipomes		1	
Kystes	1		1
Cystadénolymphomes	4		
Tumeurs mixtes	16	3	6
Cylindromes			2
Adénocarvinomes	3	1	4

Neuf tumeurs malignes se sont présentées sous l'aspect d'un nodule limité.

TUMEURS DE LA PAROTIDE

Observation N° 19. — Elle concerne une femme de 35 ans qui a consulté en février 1961 pour une tuméfaction du pôle inférieur de la parotide droite, de la taille d'une noix, mobile, indolore, de consistance ferme. Elle ne présente aucune adénopathie, aucun déficit moteur facial.

En mai 1961, le lobe superficiel de la parotide est enlevé, après découverte et dissection du facial. L'examen histologique extemporané montre que l'on est en présence d'un carcinome glandulaire peu différencié, prenant, en certains points, une structure épidermoïde. L'intervention est complétée par l'évidement des loges jugulaire, sus-claviculaire et sous-maxillaire droites et l'ablation du lobe profond de la parotide. Les rapports étroits de la tumeur et du facial inférieur amènent à réséquer la branche cervico-faciale du nerf. L'examen histologique de 6 ganglions de la pièce d'évidement montre l'envahissement néoplasique de tous les prélèvements.

La guérison opératoire a été suivie par une césiumthérapie. La malade a reçu 7.000 r au niveau de sa loge parotidienne et de la partie supérieure du territoire ganglionnaire, et une dose de 6.000 r au niveau de la partie inférieure du territoire lymphatique cervical droit.

Suivie régulièrement, M^me^ Eld... n'a présenté aucune manifestation d'ordre régional ou général en rapport avec sa tumeur.

Observation N° 25. — Elle concerne un homme de 18 ans qui consulte en octobre 1961 pour une tuméfaction parotidienne droite. Elle est située dans la moitié inférieure de la glande, a un diamètre de 2 centimètres environ. Elle est ferme, mobile, indolore. On ne note aucune manifestation régionale.

En novembre 1961, le lobe superficiel de la parotide est enlevé, après découverte et dissection du facial.

L'examen histologique extemporané montre qu'il s'agit d'une tumeur mixte transformée en épithélioma massif ou trabéculé selon les points. L'intervention est complétée par l'ablation du lobe profond. Les ganglions prélevés au niveau des espaces sous-parotidien postérieur et carotidien haut n'étant pas envahis, on renonce à l'évidement ganglionnaire complémentaire.

Le traitement chirurgical a été suivi d'une césiumthérapie dirigée sur la loge parotidienne et les territoires ganglionnaires.

TUMEURS DE LA SOUS-MAXILLAIRE

Observation N° 5. — Elle concerne une femme de 38 ans qui consulte en mai 1954 pour un nodule isolé de la taille d'une noisette, nettement solidaire de la glande sous-maxillaire gauche. Le diagnostic de tumeur mixte est évoqué, mais l'intervention proposée est refusée par la malade.

En avril 1957, le docteur Pech, O.R.L. des Hôpitaux, voit cette malade porteuse d'une tumeur nettement infiltrante et pratique une sous-maxillectomie.

Six mois plus tard, un noyau apparaît à la partie antérieure de la cicatrice, et en janvier 1958, une nouvelle intervention est pratiquée. L'examen histologique fait à cette occasion montre qu'il s'agit d'un épithélioma glandulaire cylindrique. Une radiothérapie est instaurée.

La malade est revue ensuite en 1959 avec une nouvelle récidive, puis en 1960 avec une paraplégie secondaire à une métastase vertébrale.

TUMEURS DES GLANDES SALIVAIRES DE LA CAVITE BUCCALE

Observation N° 33. — Elle concerne une femme de 39 ans qui consulte en mai 1963 pour une tumeur de la joue gauche apparue six ans auparavant. Cette tumeur, qui a la taille d'un œuf de pigeon, déforme nettement la joue et s'étend vers la fosse ptérygo-maxillaire. Elle est dure, indolore, mobile sur les plans cutanés et muqueux.

En mai 1963, on fait l'exérèse de cette tumeur par voie buccale. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un cylindrome d'origine salivaire. La malade est adressée au docteur Ennuyer qui pratique un traitement physiothérapique, par Bétatron.

Cette malade, régulièrement suivie, n'a présenté depuis aucune manifestation pathologique en rapport avec sa tumeur.

Observation N° 38. — Elle concerne un homme de 72 ans qui consulte en mai 1964 pour une tumeur arrondie sous-muqueuse de la joue, en regard de la canine supérieure gauche.

L'exérèse est pratiquée en juin 1964 et l'histologie montre qu'il s'agit d'un cylindrome. Le malade refuse tout traitement complémentaire et est perdu de vue.

Observation N° 32. — Elle concerne un homme de 58 ans qui consulte en mars 1963 pour une tuméfaction mobile, rénitente, peu douloureuse, de la taille d'un noisette. Elle est située dans le trigone rétro-molaire, et déborde sur le pilier antérieur du voile à gauche. L'examen régional montre l'existence d'une adénopathie homolatérale d'apparence banale. L'examen histologiqe qui suit l'ablation de la tumeur montre qu'il s'agit d'un adénocarcinome d'origine salivaire.

En mai 1963, on pratique ne électrocoagulation de la cicatrice intrabuccale et un évidement ganglionnaire sous-maxillaire et jugulo-carotidien. Les ganglions cliniquement perceptibles ne sont pas envahis.

Le malade, régulièrement suivi, n'a présenté aucune manifestation pathologique due à sa tumeur.

Observation N° 36. — Elle concerne une femme de 41 ans qui consulte en janvier 1964 pour une tuméfaction palatine droite évoluant depuis quatre ans. Elle est parfaitement circonscrite, de la taille d'une noisette, de consistance ferme. Elle se situe sur la voûte mais s'étend vers le voile et le rebord alvéolaire. La muqueuse n'est pas dure. L'examen histologique qui suit l'exérèse de la tumeur montre qu'il s'agit d'un épithélioma glandulaire d'origine salivaire.

La malade est soumise à une télécobalthérapie (6.000 r) et à une rœntgenthérapie intrabuccale (1.000 r). Elle ne présente actuellement aucune manifestation pathologique en rapport avec sa tumeur.

Observation N° 37. — Elle concerne une femme de 21 ans qui consulte en avril 1964 pour une tuméfaction de la face interne de la joue gauche évoluant depuis un an. Cette tumeur sous-muqueuse, dure, d'un diamètre de 1 centimètre environ, a augmenté de volume depuis un mois et est devenue douloureuse. En fait, il existe des phénomènes inflammatoires au niveau de la muqueuse de recouvrement qui cèdent à un traitement antibiotique.

L'exérèse de la tumeur est renvoyée à la fin de la grossesse (alors au 7e mois). Elle est pratiquée en juillet 1964. L'examen histologique montre que l'on est en présence d'un adénocarcinome infiltrant les tissus voisins.

La malade est adressée au docteur Ennuyer pour Bétathérapie. L'importance de l'infiltration de la région opératoire fait pratiquer une intervention chirurgicale qui enlève largement la zone suspecte, dans laquelle l'examen histologique ne met en évidence aucun élément néoplasique.

Observation N° 48. — Elle concerne un homme de 52 ans qui a consulté en novembre 1965 pour une tuméfaction du plancher buccal, siégeant à droite, sans signes fonctionnels, sans signes salivaires, de la taille d'une noisette. On ne trouve pas d'adénopathie.

Le 10 novembre 1966 on pratique une sublingualectomie large.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un adénocarcinome.

On commence en décembre 1965 un traitement césiumthérapique complémentaire (6.900 r/tumeur en 7 semaines) au niveau de la région du plancher buccal et des territoires ganglionnaires sous-maxillaire.

Ce malade régulièrement suivi n'a présenté aucune manifestation pathologique en rapport avec sa tumeur.

TABLEAU II

N°	Nom	Date	Sexe Age	Localisation	Symptome dominant	1er Symptome		Histologie	Traitement	Résultat
						Ancienneté	Age			
1	P...	9-51	H. 33	Sous-maxil. dr.	Nodule isolé	3 ans	30	Tumeur mixte	Sous-maxillect.	Bon 1956
2	Erg...	12-55	F. 57	Parotide g.	Nodule isolé superficiel	3 mois	57	Adénopathie Hyperplasie folliculaire Morphologie cellulaire normale	Énucléation	Bon 1965
3	Nuvo...	9-56	F. 21	Parotide g.	Nodule isolé	5 ans	16	Tumeur mixte	Parotidectomie avec conserv.	Bon 1965
4	Pet...	5-58	F. 53	Parotide dr.	Nodule isolé	2 mois	53	Kyste	Énucléation Résection	DCD. Affection abdominale
5	Leco...	2-58	F. 42	Sous-maxil. g.	Infiltration diffuse	4 ans Nodule	38	Épithélioma	Sous-maxillect. 57 Radiothérapie Interventions larges	DCD. Métastases pulmonaires, rachidiennes
6	Gue...	8-58	H. 67	Parotide g.	Infiltrations diffuses. Adénopathies cou	3 ans	55	Épithélioma glandulaire	Parotidectomie – évidement Radiothérapie	Métastases 1962 DCD 1963
7	Jac...	11-58	F. 45	Parotide dr.	Nodule isolé			Tumeur mixte	Parotidectomie totale avec conservation	Bon 1959
8	Bon...	2-59	H. 38	Palais à g.	Nodule isolé	1 an	58	Tumeur mixte	Exérèse	Bon 1960
9	Cas...	3-59	H. 47	Sous-maxil. g.	Nodule	1 an	46	Lipome	Exérèse	–
10	Gui...	4-59	F. 49	Parotide dr.	Nodule	7 ans	42	Tumeur mixte	Parotidectomie Totale conservat. Pr Redon	Bon 1963
11	Ber...	4-59	F. 66	Parotide g.	Nodule	6 mois	66	Tumeur mixte	Parotidectomie conservation	Bon 1962
12	Mai...	10-59	H.	Parotide g.	Nodule + kyste			Tumeur mixte	Parotidectomie conservation	
13	Neg...	11-59	H.	Parotide dr.	Nodule			Cystadéno-lymphome	Lobectomie superficielle	Bon 1960
14	Pie...	10-60	F. 52	Parotide dr.	Nodule	2 mois	56	Tumeur mixte (cytologie)		
15	Fer...	11-60	H. 82	Parotide dr.	Infiltration. Paralysie faciale	2 mois	82	Épithélioma	Radiothérapie palliatrice	
16	Bor...	11-60	H. 27	Sous-maxil. dr.	Nodule	6 mois	27	Tumeur mixte	Sous-maxillect.	Bon 1965

TABLEAU II *(suite)*

N°	Nom	Date	Sexe Age	Localisation	Symptome dominant	1er Symptome		Histologie	Traitement	Résultat
						Ancienneté	Age			
17	Don...	12-60	H. 72	Parotide g.	Infiltrations + adénopathies	6 mois	72	Hodgkin		
18	Der...	2-61	H. 41	Parotide dr.	Nodule	2 ans	39	Tumeur mixte (cytologie)		
19	Eld...	2-61	F. 35	Parotide dr.	Nodule pôle inf.			Épithélioma glandulaire	Parotidectomie avec conservation facial sup. + évidement + radiothérapie	Bon 1965
20	Cas...	2-61	H. 32	Parotide dr.	2 nodules	8 mois	31	Brill-Symmers	Ablation + radiothérapie	Bon 1965
21	Gat...	3-61	H. 52	Joue g.	Nodule kystique	3 mois	52	Kyste bénin prolongement antérieur parotide	Exérèse simple 1964	Bon 1965
22	Cas...	4-61	F. 33	Parotide dr.	Nodule	8 ans	25	Tumeur mixte (cytologie)		
23	Bou...	10-61	F. 66	Voile g.	Nodule			Tumeur mixte	Exérèse simple	
24	Meo...	10-61	H. 66	Parotide dr.	Nodule	20 ans	46	Tumeur mixte (cytologie)		
25	Lan...	11-61	H. 46	Parotide g.	Nodule mou	2 ans	44	Cystadénolymphome	Exérèse limitée	Bon 1965
26	Tra...	10-61	H. 18	Parotide dr.	Nodule isolé	6 mois	18	Épithélioma glandulaire	Parotidectomie totale avec conservation + Radiothérapie	Bon 1965
27	Gou...	11-61	H. 36	Parotide g.	Nodule isolé	Découverte examen		Tumeur mixte	Lobectomie superficielle	Bon 1965
28	Fra...	4-62	F. 41	Voûte dr.	Nodule	1 mois	41	Tumeur mixte	Exérèse	Bon 1963
29	Arl...	8-62	H. 47	Parotid dr.	Nodules + nod. sous - maxill. dr.	1 mois		Métastase néo-ovaire		
30	Can...	9-62	F. 55	Parotide dr.	Nodule	10 mois	55	Tumeur mixte	Parotidectomie totale avec conservation	Bon 1965
31	Her...	9-62	H. 45	Parotide g.	Nodule mou	5 ans	40	Cystadénolymphome	Énucléation Résection	Bon 1965

TABLEAU II *(suite)*

N°	Nom	Date	Sexe Age	Localisation	Symptome dominant	1er Symptome		Histologie	Traitement	Résultat
						Ancienneté	Age			
32	Blan...	3-63	H. 58	Rétromolaire dr.	Nodule + adénopathie sous-maxill.	6 mois	58	Adénocarcinome	Exérèse + électrocoagulation + évidement	Bon 1965
33	Bon...	3-63	F. 39	Joue g.	Nodule	6 ans	33	Cylindrome	Exérèse + Bétathérapie Dr Ennuyer	Bon 1965
34	Tou...	10-63	H. 54	Parotide dr.	Nodule mou	10 ans	44	Lipome	Lobectomie superficielle	Bon 1965
35	Tur...	12-63	H. 75	Parotide g.	Nodule			Cystadénolymphome	Lobectomie superficielle	Bon 1965
36	Aza...	1-64	F. 41	Palais dr.	Nodule	4 ans	37	Épithélioma salivaire	Exérèse + radiothérapie	Bon 1965
37	Ail...	4-64	F. 21	Joue g. Vestibule G7	Nodule + inflammation muqueuse	1 an	20	Adénocarcinome	Exérèse + exérèse et évidement Dr Moyse	
38	Clo...	5-64	H. 72	Joue g. Vestibule G3	Nodule			Cylindrome	Exérèse. Refus traitement complet	
39	Mat...	10-64	H. 43	Sous-maxill. g.	Nodule	6 mois		Inflammation banale	Sous-maxillect.	Bon 1965
40	Tam...	10-64	F. 39	Parotide dr.	Nodule	3 ans	36	Tumeur mixte	Parotidectomie totale avec conservation	Bon 1965
41	Gin...	12-64	F. 67	Parotide g.	Nodule	3 ans	64	Tumeur mixte	Parotidectomie totale avec conservation	
42	Cou...	3-65	F. 33	Palais g.	Nodule	2 ans	31	Tumeur mixte	Exérèse	

TABLEAU II (suite)

N°	Nom	Date	Age Sexe	Localisation	Symptôme dominant	1er Symptôme		Histologie	Traitement	Résultat
						Ancienneté	Age			
43	Bal...	9-65	F. 35	Parotide dr.	Nodule isolé	5 ans	30	Tumeur mixte	Parotidectomie conservatrice	Bon 1966
44	Maj...	11-65	H. 77	Parotide dr.	Infiltration diffuse		77	Adénocarcinome anaplasique	Biopsie Radiothérapie palliative	Décès avril 1966 métastases hépatiques
45	Man...	6-65	H. 35	Sub-linguale dr.	Nodule	3 mois	35	Tumeur mixte pseudo-cylindromateuse	Sublingualectomie	Bon 1966
46	Pec...	4-65	F. 70	Sous-maxil. dr.	Nodule	6 ans	65	Tumeur mixte	Sous-maxillectomie	Bon 1966
47	Pey...	5-65	F. 32	Parotide dr.	Nodule	10 ans	22	Tumeur mixte	Parotidectomie conservatrice	Bon 1966
48	Sal...	10-65	H. 52	Sub-linguale dr.	Nodule			Adénocarcinome	Sublingualectomie Césiumthérapie 6.900 r T	Bon 1966
49	Mat...	7-65	H. 72	Rég. rétro-molaire g.	Nodule	5 ans	67	Récidive tumeur mixte	Exérèse large	Bon 1966
50	Jac...	2-65	H. 45	Parotide dr.	Nodule	Ancienneté inconnue		Tumeur mixte	Parotidectomie subtotale	Bon 1966

ÉTUDE ANATOMIQUE

Les glandes salivaires sont des organes annexés à la cavité buccale. Primitivement, elles avaient pour fonction d'humecter la muqueuse buccale, mais au fur et à mesure du développement elles se sont adaptées à une fonction nouvelle : celle de sécréter un ferment digestif, la salive. Elles sont de deux ordres : les unes toutes petites, disséminées dans l'épaisseur de la muqueuse buccale ou au-dessous d'elle : ce sont les glandes labiales, molaires et vélo-palatines ; les autres, plus volumineuses : ce sont les glandes salivaires proprement dites. Au nombre de six, trois de chaque côté, elles se distinguent en parotides sous-maxillaires et sublinguales.

Du point de vue embryologique :

Les glandes salivaires se forment aux dépens d'une invagination de l'épithélium stomodéal, dans le mésenchyme sous-jacent, sous forme d'un cordon cellulaire plein au début, creux par la suite. De ce cordon se détachent une série de ramifications, ébauches des canaux excréteurs dont les extrémités deviendront les futurs acinis

Ce processus débute vers la 6e semaine, pour la sous-maxillaire, vers la 8e pour la parotide et la sublinguale. Le développement des glandes accessoires étant plus tardif.

Quant à leur origine, s'il est certain que les glandes labiales par exemple sont épiblastiques et que les glandes d'Ebner sont ento-blastiques, par contre il est difficile de préciser l'origine de la plupart des glandes salivaires, car, en dehors des repères précis que sont le V lingual et l'origine des trompes d'Eustache, la frontière stomodéo-pharyngienne est mal connue. Il est presque certain, toute-fois, que les parotides sont épiblastiques, alors que l'origine des sous-maxillaires et des sublinguales demeure ambiguë.

I. — LA PAROTIDE

Glande séreuse pure située en arrière de la branche montante du maxillaire inférieur, dans une excavation profonde que l'on désigne sous le nom de loge parotidienne. Nous décrirons la glande, la loge et son contenu.

a) **La glande.**

Moulée très exactement dans la loge parotidienne, elle est de forme très irrégulière. Schématiquement on peut la décrire comme un prisme triangulaire à grand axe vertical. Une face regardant en dehors, les deux autres étant antérieure et postérieure.

Sa coloration est jaunâtre, son volume est variable avec les sujets, son poids moyen étant de 25 à 30 grammes. Elle présente des prolongements : en avant le prolongement massétérin ou génien, en dedans elle s'étend en direction du pharynx par un prolongement interne. Elle présente de façon inconstante un prolongement ptérygoïdien entre le ptérygoïdien interne et la branche montante du maxillaire.

Dans sa loge elle est entourée d'une mince couche de tissu cellulaire qui facilite sa mobilisation et son énucléation.

En deux points la glande est adhérente : au bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien et au niveau du versant postérieur de l'articulation temporo-maxillaire.

b) **La loge parotidienne.**

Sa constitution.

Elle est formée par six parois :

Paroi externe ou superficielle. — Formée par l'aponévrose superficielle, elle est de consistance et d'épaisseur très variables, se laissant refouler par les tumeurs superficielles de la glande.

Paroi antérieure. — Oblique en arrière et en dedans, elle est formée par la branche montante du maxillaire inférieur, doublée par le ptérygoïdien interne en dedans, le masséter en dehors. A sa partie supérieure la paroi antérieure est complétée par la terminaison du muscle ptérygoïdien externe, doublée de l'aponévrose interptérygoïdienne en dedans. Le rebord postérieur de cette aponévrose est épaissi, il forme le ligament sphéno-maxillaire.

Toutes ces formations sont tapissées sur leur face postérieure par l'aponévrose parotidienne profonde.

Paroi postérieure. — Oblique en avant et en dedans, elle comprend :

- un segment externe : constituée par le bord antérieur de l'apophyse mastoïde, doublé en dehors par le sterno-cléïdo-mastoïdien, le ventre postérieur du digastrique en dedans.
- un segment interne : situé en dedans du digastrique est formé par l'apophyse styloïde et les éléments du bouquet de Riolan.

Paroi supérieure. — Constituée par :

- En avant : la partie non articulaire de la cavité glénoïde et par le versant postérieur de l'articulation temporo-maxillaire.
- En arrière : par le conduit auditif.

Paroi interne. — C'est une simple fente entre le ligament sphéno-maxillaire en avant et le ligament stylo-maxillaire en arrière.

Paroi inférieure. — Constituée par une boutonnière orientée en bas et en dedans, comprises entre les ligaments stylo-maxillaire en avant, et stylo-hyoïdien en arrière.

Aponévrose parotidienne. — Elle tapisse les différentes parois de la loge, ne s'interrompant seulement qu'au niveau des points où pénètrent les pédicules vasculaires et nerveux.

c) **Le contenu.**

En dehors de la glande elle-même, la loge contient des vaisseaux, des ganglions lymphatiques et des nerfs qui la traversent.

1° LES VAISSEAUX.

L'artère carotide externe :

Elle est accompagnée d'une petite veine satellite (communicante intraparotidienne) véritable veine carotide externe. Elle pénètre dans la région en traversant le triangle pré-stylo-hyoïdien à l'union du quart inférieure et des trois quarts supérieurs de la paroi interne de la loge. Le repère chirurgical en est le digastrique au-dessus duquel elle sera reconnue et liée.

Dans un premier segment, elle est sous-glandulaire, elle donne alors l'auriculaire postérieure qui pénètre dans la loge en dedans du digastrique et du stylo-hyoïdien. Elle donne naissance à l'artère stylo-mastoïdienne, satellite du nerf facial, dont l'hémostase peut être délicate dans la découverte du nerf.

Dans son deuxième segment intraglandulaire, se creuse une gouttière qui peu à peu devient un canal complet, le segment décrit une courbe convexe en dehors. Dans ce segment, elle donne quelques ramuscules pour les lobules parotidiens, l'artère maxillaire interne qui passe dans la boutonnière rétro-condylienne de Juvara, la temporale superficielle qui monte verticalement abandonnant la loge en avant du tragus, elle donne dans l'épaisseur de la glande la transversale de la face, satellite du Sténon.

Veines intraparotidiennes :

Le plan veineux est situé superficiellement par rapport au plan des artères. Les veines intraparotidiennes naissent de la confluence :

— Des veines temporales superficielles et maxillaires internes, chacune au nombre de deux et grossies les premières des veines transverses de la face, les secondes des veines du plexus ptérygoïdien.

— Du tronc veineux occipito-auriculaire (CRUVEILHIER) réunion des veines auriculaires et occipitales.

Le confluent veineux ainsi formé s'évacue par la veine jugulaire externe qui descend verticalement en dehors de la carotide externe et en dedans du facial. Il sort de la parotide au niveau de son pôle inférieur.

Il faut noter également l'anastomose qui unit la jugulaire externe à la faciale : la communicante intraparotidienne appelée également veine carotide externe (LAUNAY) qui ramène une partie du sang intra-parotidien au système jugulaire interne.

Le plan veineux n'est important que par l'intimité de ses rapports avec le nerf et par le danger que présente pour celui-ci la mise en place de pinces souvent nombreuses.

En effet, il est sous-jacent au nerf et dans le même plan de clivage que lui, mais de nombreuses veinules constituées dans le lobe superficiel, participent à l'origine de la jugulaire et le plan nerveux est traversé par de courts canaux dont la ligature est nécessaire et dangereuse.

2° LES VAISSEAUX LYMPHATIQUES.

Les lymphatiques parotidiens se déversent dans deux groupes de ganglions :

— Ganglions superficiels : face externe de la glande, ils se subdivisent en groupes supérieur, antérieur et postérieux.

— Ganglions profonds : disséminés dans toute la glande, mais surtout au contact de l'artère, ils comprennent de trois à seize ganglions.

3° LES NERFS.

La région est traversée par le nerf facial et le nerf auriculo-temporal.

Le nerf facial constitue l'élément primordial de la région. Il aborde la parotide sur sa face postérieure après un trajet de 1 à 2 cm, les longueurs extrêmes selon DARGENT et DUROUX étant de 5 cm à 1,9 cm. Il est dirigé en bas, en avant et en dehors, il est accompagné d'une fine artériole collatérale de la stylo-mastoïdienne. Son hémostase doit être faite avant la découverte du nerf. Dans ce court trajet rétroglandulaire, il est recouvert et protégé par une gaine de tissu cellulaire.

Dans la glande, le nerf occupe un plan clivable intermédiaire aux deux lobes de la parotide, récemment redécouvert par les anatomistes américains J.-L. Mac Cormack, M. Bearl, W. Cauldwell, Barry J. Anson et Mac Worther. Il se divise là en ses branches terminales, le plan veineux étant sous-jacent, de fines veines unissant les deux lobes croisent perpendiculairement les branches du nerf. Le nerf repose sur le lobe profond et lui est fixé par de fins vaisseaux d'une part, et surtout par des anastomoses au nerf auriculo-temporal. Le lobe superficiel le recouvre seulement.

Selon Grégoire, la continuité des deux lobes s'établit au-dessus du facial qui est ainsi placé « comme le signet d'un livre ».

Dans d'autres cas, le pont d'union occupe l'angle de bifurcation du nerf ; c'est le type de parotide « en diabolo ».

Mac Worther d'une part, Rouvière et Cordier d'autre part, ont repris cette étude. Il résulte de leurs travaux qu'il existe toujours au-dessus de la branche temporale des lobules glandulaires unissant le lobe superficiel à une sorte de lobe profond. D'autre part, il existe souvent en avant de la bifurcation nerveuse un prolongement du lobe superficiel qui se glisse dans une boucle anastomotique et d'épanouit au-dessous du nerf.

Une conséquence pratique se dégage de tout ceci, c'est que le plan de clivage chirurgical doit toujours se chercher en bas et en arrière.

Disposition du nerf dans la glande : elle échappe à toute schématisation. Dargent et Duroux lui ont consacré une étude détaillée dans un travail portant sur 68 dissections. Voici leurs conclusions :

« La portion préglandulaire est d'environ 1,30 cm. »

Sur 59 dissections, ils retrouvent 35 nerfs sans anastomose entre les deux branches et 24 avec anastomose ou même disposition plexique. Parmi les types avec anastomose, ils retrouvent trois variétés.

a) L'une répondant au type classique, chaque branche se divisant après un trajet plus ou moins long, en bouquet terminal.

b) La seconde répond à une division plus ou moins précoce en un nombre de collatérales.

c) La troisième variété est le type en échelle.

Donc, ce travail, après celui des Américains, confirme bien la multiplicité des types. On peut cependant admettre que la disposition du facial répond à deux types principaux selon que les branches cervicale et temporale sont ou non anastomosées. La variété sans anastomose comprenant elle-même trois dispositions ; la variété

anastomotique échappant à peu près à toute description. Il résulte de tout ceci qu'il faut toujours aborder la dissection du nerf dans l'espace rétro-parotidien.

Le nerf auriculo-temporal pénètre dans la loge par la boutonnière rétro-condylienne au-dessus des vaisseaux, traverse la partie haute de la glande et croise profondément les vaisseaux temporaux. Il faut le reconnaître car il est possible que son arrachement puisse contribuer à éviter la constitution du syndrome d'hyperhémie de Frei.

II. — LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE

Elle est située dans la partie latérale de la région sus-hyoïdienne. Glande mixte renfermant des acinis séreux, muqueux et mixtes.

Nous décrirons la glande et la loge.

a) **La glande.**

Volume : en général volume d'une amande. Son poids est de 7 grammes environ.

Coloration : rosée sur le vivant, blanc-grisâtre sur le cadavre.

b) **La loge.**

La glande sous-maxillaire est contenue dans une excavation ostéo-musculo-aponévrotique appelée : loge sous-maxillaire. De forme grossièrement prismatique triangulaire, elle présente trois faces, trois bords et deux extrémités.

Les faces :

— Face supéro-externe : elle répond à la fossette maxillaire du maxillaire inférieur. En arrière de cette fossette à la face interne du muscle ptérygoïdien interne.

— Face inféro-externe : voie d'abord chirurgicale, elle est recouverte par l'aponévrose cervicale superficielle, le peaucier et la peau.

— Face interne : elle est en rapport :

- En avant : dans la région du plancher buccal avec les muscles digastrique, mylo-hyoïdien, hyo-glosse.
  Le nerf grand hypoglosse en dehors du muscle hyo-glosse.
  L'artère linguale en dedans.
- En arrière : avec la paroi latérale du pharynx croisée par le muscle stylo-glosse.

Les bords :

— Le bord externe longe le bord inférieur du maxillaire inférieur.

— Le bord supérieur répond :

- En avant à l'insertion maxillaire du muscle mylo-hyoïdien.
- En arrière à la muqueuse du sillon alvéolo-lingual, puis à l'espace para-amygdalien. Entre le sillon alvéolo-lingual et la glande passe le nerf lingual.
  Le ganglion sous-maxillaire repose sur la glande.

— Le bord inférieur : convexe en bas, dépasse souvent l'os hyoïde.

Les extrémités :

Antérieure : située un peu en arrière du ventre antérieur du digastrique, longe la ligne d'union de l'aponévrose cervicale superficielle avec le feuillet du revêtement du muscle mylo-hyoïdien.

Elle est bifide, à cheval sur le bord postérieur du mylo-hyoïdien et présente deux prolongements :

— l'externe est peu important,

— l'antéro-interne en dedans du mylo-hyoïdien devant être considéré comme faisant partie de la glande.
Parfois isolé formant la glande sous-maxillaire accessoire.

Postérieure. Elle répond :

— En haut à la cloison inter-parotido-maxillaire.

— En bas la loge est ouverte et communique avec la région carotidienne par deux déhiscences musculo-aponévrotiques de part et d'autres des muscles digastrique et stylo-hyoïdien.

- Par la déhiscence superficielle, la glande émet un prolongement postérieur. La veine faciale sort de la loge.
- Par la déhiscence profonde, l'artère faciale pénètre dans la loge. C'est ici le lieu de la ligature.

Le canal de Wharton :

Canal excréteur de la glande, c'est un conduit à parois minces, mais résistantes. Long de 4 à 5 centimètres, provient de la réunion des différents canaux collecteurs. Emerge à la face profonde de la glande et se porte en dehors en haut et en avant. Il sort de la région sous-maxillaire, entre les muscles hyo-glosse et mylo-hyoïden, il parcourt la région sublinguale en dedans de la sublinguale jusqu'à l'extrémité inférieure du frein de la langue. Il change alors de direction, s'adosse à celui du côté opposé se porte en avant sur 2 à 3 millimètres et va s'ouvrir dans la cavité buccale au sommet de la caroncule salivaire.

Dans son trajet, le nerf lingual le contourne de dehors en dedans et d'arrière en avant.

c) **Vaisseaux et nerfs.**

— Artères : Viennent de l'artère faciale,
de la sous-mentale.
— Veines : Se jettent dans la veine faciale.
— Lymphatiques : Se rendent aux ganglions sous-maxillaires (4 à 5 groupes situés en dehors de la loge) et aux ganglions de la chaîne jugulaire interne.
— Nerfs : Viennent du ganglion sous-maxillaire,
du nerf lingual,
de la corde du tympan par l'intermédiaire du lingual.

III. — LES GLANDES ACCESSOIRES

1° **La sublinguale.**

Glande située sur le plancher de la bouche, elle est mixte, possédant des acinis séreux, muqueux et mixtes. Mais, contrairement à ce que l'on observe pour la sous-maxillaire, c'est ici l'élément muqueux qui prédomine.

A. — *La glande.*

Ovale, allongée parallèlement à l'os, son extrémité antérieure arrive derrière la symphyse du menton, au contact de celle du côté opposé. Une série de canaux émanés des glandules s'ouvre au niveau de la muqueuse buccale. Le plus volumineux d'entre eux, le canal de Rivinus, débouche en arrière à côté du Wharton et souvent dans le Wharton. Le prolongement antérieur de la glande s'engage dans l'espace sublingual, en forme de cône, il suit le trajet du canal de Wharton, en dedans des glandules sublinguales.

B. — *La loge.*

Une coupe frontale passant par la deuxième prémolaire nous montre que cet espace est limité par quatre parois :

a) Paroi antéro-externe :
Segment de la branche horizontale du maxillaire inférieur.

b) Paroi postéro-interne constituée :

— En avant : par l'éventail du muscle génio-glosse.
— En bas : par les fibres du génio-hyoïdien.
— En arrière : par celles de l'hyo-glosse.

c) Paroi supérieure :
Formée par la muqueuse buccale.

d) Paroi inférieure :
Face supérieure du muscle mylo-hyoïdien.

C. — *Vaisseaux et nerfs.*

— Artères : Elles sont fournies par la linguale et par la sous-mentale.

— Veines : Se jettent dans la ranine et de là dans la veine jugulaire externe.

— Lymphatiques : Se rendent aux ganglions sous-maxillaires.

— Nerfs : Proviennent du lingual (lingual et corde du tympan réunis) et du grand sympathique.

2° **Glandes des lèvres.**

Siégeant au niveau de la couche sous-muqueuse qui est intermédiaire à la couche musculeuse et à la muqueuse proprement dite.

Ce sont les glandes labiales, elles sont très nombreuses, se tassent les unes contre les autres pour former une nappe à peu près continue. C'est la couche glanduleuse. Chacune d'elle est constituée par des lobules arrondis ou piriformes d'où s'échappent de petits canaux excréteurs qui après un très court trajet se jettent au niveau de la surface libre muqueuse. Ces glandes sont mixtes, séreuses et muqueuses.

3° **Les glandes des joues.**

Se situent au voisinage du canal de Sténon à la surface ou dans l'épaisseur du muscle buccinateur. Ce groupe glandulaire prend le nom de glandes molaires. Elles sont disposées en traînées, chacune d'elle s'ouvre par un petit canal excréteur à la surface muqueuse de la joue.

4° **Les glandes vélo-palatines.**

a) *Le voile :*

Le voile possède de nombreuses glandes disséminées sur ses deux faces, formant deux couches, l'une supérieure, l'autre inférieure.

• La couche supérieure : Formée par des glandes relativement rares et isolées ; plus nombreuses sur les parties latérales, qu'à la partie moyenne. La plupart sont situées profondément dans l'intervalle des faisceaux musculaires sous-jacents à la muqueuse.

• La couche inférieure : Beaucoup plus riche, est pour ainsi dire continue, atteint jusqu'à 4 à 5 millimètres d'épaisseur à la partie antérieure. De là elle va en diminuant et ne mesure qu'un millimètre au voisinage de la luette. Elle comprend des glandes en grappe en tout smblables aux glandules salivaires des lèvres, des joues et de la voûte.

b) *La voûte :*

La couche glanduleuse est formée par deux amas. Les glandes palatines qui se trouvent situées de chaque côté de la ligne médiane entre la muqueuse palatine et le périoste sus-jacent. Ce sont des glandes en grappe. Chacune d'elles possède un canal excréteur qui vient s'ouvrir après un trajet vertical ou plus ou moins oblique à la surface libre de la muqueuse.

Elles présentent leur maximum de développement à la partie postérieure où on les voit non seulement juxtaposées, mais encore superposées. Au niveau des fossettes de Verga, les glandes palatines prennent le nom de glande de Testut. Elles deviennent de moins en moins nombreuses au fur et à mesure qu'on se porte en avant et disparaissent ordinairement au niveau d'une ligne horizontale passant par les deux canines.

5° **Les glandes linguales.**

Les glandes salivaires de la langue ne se distribuent pas dans toute la langue, elles sont groupées le long d'une ligne courbe à concavité antérieure depuis le tiers postérieur et sur les côtés jusqu'à la pointe de la langue. On les différencie en groupes postérieur, latéral et antéro-inférieur.

— Les glandes d'Ebner sont situées au niveau du V lingual, ces glandes postérieures sont du type séro-muqueux.

— Le groupe latéral (glandes de Weber) est situé entre les faisceaux musculaires du rebord marginal de la langue, leurs conduits débouchent sur la face inférieure de la langue. Elles sont de type muqueux.

— Le groupe antéro-inférieur réunit les formations glandulaires des côtés jusqu'à la pointe et leurs conduits s'ouvrent sur la face inférieure de chaque côté des freins. Ces glandes de Blandin ou Nuhn sont à caractère muqueux.

6° Enfin, Dechaume, Grellet, Payen et Bonneau ont décrit des amas glandulaires au niveau de la fibro-muqueuse (zone rétromolaire). Ils ont également retrouvé des tumeurs d'origine salivaire développées à partir de débris cellulaires embryonnaires intramaxillaires.

ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

L'étude histologique des tumeurs salivaires a toujours été l'objet de discussions passionnées et souvent contradictoires. C'est ce qui a fait dire à P. Masson : « Le chapitre des tumeurs salivaires est certainement l'un de ceux où règnent la plus grande confusion et les plus profonds désaccords. »

Les différentes glandes salivaires formant un groupement histologique homogène nous décrirons dans ce chapitre les formes anatomo-pathologiques communes aux glandes principales et accessoires. Dans un premier paragraphe nous étudierons les carcinomes vrais primitifs. Nous envisagerons les cylindromes dans un deuxième chapitre. Enfin, bien que ne faisant pas à proprement parler partie de notre sujet, nous décrirons les cancers développés sur tumeurs mixtes.

I. — LES CARCINOMES VRAIS PRIMITIFS

Nous étudierons :

1° Les adénocarcinomes.

2° Les carcinomes en métaplasie épidermoïde.

3° Les carcinomes muco-épidermoïdes.

1° LES ADENOCARCINOMES.

Il est classique de distinguer suivant le type histologique des cellules néoplasiques deux formes essentielles glandulaires et canaliculaires. Mais avant d'entreprendre toute description il nous faut faire les réserves suivantes : l'appellation de glandulaire ou de canalaire ne signifie nullement que le néoplasme s'est développé exclusivement aux dépens de l'une ou de l'autre de ces portions. En effet, lorsqu'il est permis d'étudier les stades prémonitoires de ces cancers, on s'aperçoit que canaux et acinis participent simultanément à l'édification de la tumeur.

1. **Epithéliomas glandulaires.**

Ils reproduisent les éléments sécréteurs.

a) *Les épithéliomas acineux.* — La tumeur est constituée en majeure partie par des cavités représentant la section d'acinis ou de tubes glandulaires. Certains tubes sont parfois individualisés tandis que d'autres s'accolent formant des amas épithéliaux. Les cellules fondamentales qui tapissent les cavités ont l'aspect caractéristique des éléments salivaires secrétants. Elles se disposent en cercles concentriques, plus ou moins irréguliers, uni, bi ou tri-stratifiés. Leur noyau est en position basale. Le cytoplasme est basophile. On note la présence d'une sécrétion faiblement albumineuse au centre des cavités pseudo-glandulaires, témoin de la persistance d'une fonction exocrine.

b) *Les épithéliomas trabéculo-acineux.* — C'est une forme de passage entre la forme acineuse et les formes atypiques. Ici, les cavités pseudo-glandulaires et les tubuli sont rares, leur lumière centrale est moins nette. On retrouve très souvent des bourgeons intracavitaires. Les cellules sont très irrégulières avec noyau central et même apical. On assiste à une atténuation de la fonction exocrine.

c) *Les épithéliomas trabéculaires.* — Les cellules néoplasiques sont entassées sans orientation constituant parfois de volumineuses travées épithéliales. On ne retrouve aucune origine glandulaire à la tumeur. Dans certains cas les cellules peuvent se gonfler, se vacuoliser et même se liquéfier, on aura alors l'aspect hypernéphroïde (Masson).

2. **Les épithéliomas canalaires.**

a) *Les épithéliomas canalaires typiques.* — Constitués par des tubes bordés de cellules hautement cylindriques disposées en une ou plusieurs rangées. Mais à côté de ces tubes parfois voisinent d'autres tubes irréguliers, plus ou moins comblés par des bourgeons épithéliaux.

b) *Les épithéliomas trabéculaires ou atypiques.* — Avec disparition complète de toute disposition canalaire. Les cellules néoplasiques formant des amas compacts plus ou moins volumineux. L'origine canalaire de ces cellules est toujours reconnaissable par leur acidophilie et leur absence de vacuolisation. Entre ces deux formes existent :

c) *Les épithéliomas métatypiques.* — Ce sont des formes intermédiaires.

Que dire du stroma conjonctif de ces différentes formes ?

Dans les formes typiques, il esquisse une lobulation grossière, mais dans l'ensemble il est rare, avec des mailles lâches. Il est souvent œdémateux.

Dans les formes atypiques, le stroma est beaucoup plus abondant, disposé en bandes hyalines et homogènes, circonscrivant de larges îlots néoplasiques auxquels il abandonne des axes conjonctifs très grêles.

2° CARCINOMES EN METAPLASIE EPIDERMOIDE PLUS OU MOINS COMPLETE.

Ce sont des tumeurs épithéliomateuses dans lesquelles existent, en plus ou moins grande importance, des plages où les cellules prennent le type pavimenteux. Ces plages sont alors analogues à celles rencontrées au niveau des épithéliomas spinocellulaires d'origine épidermoïde.

On décrit :

1° Des formes épidermoïdes indifférenciées à cellules basophiles, souvent hautes, dont la basale est particulièrement nette.

2° D'autres formes sont réalisées par des carcinomes épidermoïdes différenciés, matures ou immatures suivant qu'ils aboutissent ou non à la production de globes cornés kératosiques ou parakératosiques. Le stroma étant fibroblastique avec quelques fibres collagènes ou œdémateuses correspondant à des formes évolutives diverses.

Quand la tumeur est exclusivement formée d'éléments épidermoïdes avec disparition des éléments glandulaires, le diagnostic différentiel est à établir avec la métastase intraglandulaire d'un épithélioma malpighien siégeant à distance.

Enfin, il faut noter que souvent ces proliférations épidermoïdes pavimenteuses peuvent également coexister avec des zones de prolifération épithéliales cylindriques. Ainsi, il est parfois possible de saisir la transformation progressive de plages épidermoïdes du type adénocarcinome en plages métaplasiées épidermoïdes.

3° CARCINOMES MUCO-EPIDERMOIDES.

Ce sont les épithéliomas à double métaplasie de L. Berger et P. Masson.

Nous décrivons sous ce nom des tumeurs lentement infiltrantes et récidivantes. Dans ces plages de prolifération néoplasique on trouve :

1° Des cellules épithéliomateuses en évolution pavimenteuse épidermoïde.

2° Des cellules plus claires, volumineuses, à limites cytoplasmiques nettes, à petits noyaux pycnotiques avec des cytoplasmes mucicarmilophiles.

Cette double différenciation est identique à celle que l'on peut observer dans les cordons épithéliaux de certaines tumeurs mixtes. Mais ici, les interstices des cordons sont occupés par un stroma fibro-vasculaire banal.

II. — LES CYLINDROMES

Parmi les nombreuses appellations suscitées par cet aspect morphologique, celui de cylindrome créé par BILLROTH en 1859 a prévalu et a été consacré par l'usage. On désigne ainsi sous ce nom une variété spéciale de tumeur épithéliale qui se développe avec une électivité particulière au niveau des glandes séreuses et séro-muqueuses. Du point de vue nosologique, elles se situent entre les épithéliomas à stroma remanié et les épithéliomas vrais.

Pour DELARUE ce sont « des tumeurs composées de cavités bordées par une ou plusieurs rangées de cellules épithéliales basophiles renfermant une substance amorphe mucoïde ou hyaline. »

Pour MASSON, ces tumeurs sont constituées par :

— Des cordons cellulaires de forme cylindrique inclus dans une gaine tubuleuse qui se colore métachromatiquement en rose par la Thionine.
— Au sein de ces cordons, des boules hyalines métachromatiques : les cordons oviformes de Robin, qui sont des formations souvent inconstantes.

D'après la nature de la substance qui forme les gaines tubuleuses et les corps oviformes on décrit deux types de cylindromes :

— Les cylindromes à collagène hyalin.
— Les cylindromes mucoïdes.

Entre ces deux types extrêmes, il faudra décrire également des formes intermédiaires.

Cylindromes mucoïdes et formes intermédiaires nous intéresseront plus particulièrement car mal encapsulés, leurs récidives seront fréquentes.

1° LES CYLINDROMES HYALINS.

Ils dérivent le plus souvent de souche sudoripare. Ces petites tumeurs encapsulées sont constituées par :

— Des cordons à peu près cylindriques de diamètres inégaux, constitués par de petites cellules basophiles. Au sein de ces cordons on trouve de petites cavités sécrétrices bordées par un revêtement cubique. Ces revêtements glandulaires sont doublés extérieurement par un nombre plus ou moins grand d'assises de cellules polygonales. La couche qui borde le cordon étant cubique.

— La gaine hyaline qui enveloppe le cordon est d'épaisseur variable de 10 à 20 μ. Sa surface externe est nettement distincte du conjonctif interstitiel. Sa face profonde, en contact avec les cellules épithéliales est hérissée d'une multitude d'épines dont chacune répond à la base d'une cellule épithéliale. Cà et là, une de ces épines, plus longue, hérissée elle-même latéralement d'épines semblables, pénètre plus ou moins profondément le massif épithélial. Les régions profondes de ces trabécules deviennent parfois de plus en plus globuleuses, lisses et constituent les corps oviformes. Autour d'eux, les cellules s'atrophient, leur cytoplasme perd sa basophilie et elles semblent se dissocier.

2° LES CYLINDROMES MUCOIDES.

Ils sont le plus souvent de souche séromuqueuse. Dans ces formes, la capsule est beaucoup moins limitée que dans la forme précédente. On retrouve :

— Les cordons épithéliaux de dimensions variables, creusés le plus souvent de cavités.

— Chaque cordon est serti par une gaine mucineuse aux limites extérieures très imprécises. Le contenu de la plupart des cavités, comme la gaine, prend la coloration spécifique de la substance mucoïde, donc leur structure est identique à celle des cylindromes hyalins, avec ici gaines tubuleuses et corps oviformes mucoïdes et semi-liquides.

3° FORMES INTERMEDIAIRES.

Il existe une troisième forme de cylindromes qui présentent à la fois la forme hyaline et mucoïde associée.

Nous ne saurions terminer ce chapitre anatomo-pathologique consacré aux cylindromes sans dire un mot de l'histogénèse qui nous permettra de mieux comprendre la structure de ces néoplasmes.

Les cavités des cylindromes sont parfois centrées par un axe conjonctivo-vasculaire qui se trouve engainé et inhibé par la substance mucoïde dans laquelle il tend à disparaître. Cette constatation permet de penser que le cylindrome est en somme un épithélioma malpighien qui englobe au cours de sa progression des axes conjonctivo-vasculaires dont la transformation mucoïde aboutit à la constitution de cavités incluses dans le tissu tumoral. Le mécanisme de cette liquéfaction du stroma a été interprété de façon différente.

Pour Masson, le processus serait l'effet d'une inhibition muqueuse du tissu conjonctif ; le mucus lui-même étant un produit de sécrétion des cellules épithéliales qui bordent le stroma.

Pour Leroux, la liquéfaction répond à un remaniement du tissu conjonctif par métamorphisme de la substance fondamentale, et dégénérescence de fibroblastes.

Enfin, Sirtoni et Veronese y voient le résultat de la diffusion des cellules néoplasiques par excès de production hors des zones épithéliales creuses du cylindrome.

III. — LA QUESTION DES TUMEURS MIXTES MALIGNES

Il faut, pour envisager ce problème, émettre quelques critiques sur l'histogénèse de telles tumeurs.

L'opinion française est pratiquement unanime pour les qualifier d'épithéliomas à malignité réduite (Masson, Lemaitre, Leroux, Grigouroff, Delarue et Veau).

Les Américains Mac Farland en 1936, Swinton et Schields Warren restent partisans de la dysembryoplasie .

De toute manière, on admet actuellement, par le jeu des métaplasies, l'évolution certaine vers l'épithélioma. Mais c'est là que les classifications voulant exprimer les degrés dans la malignité sont les plus décevantes.

Pour essayer d'éclairer un peu cette question, nous allons reprendre l'analyse d'une étude portant sur 52 observations de tumeurs mixtes de la parotide faites par Santy et Dargent. Ils insistent sur l'imprécision des nomenclatures et montrent que l'antécédent « tumeur mixte » n'est pas forcément synonyme de tumeur mixte. Pour ces auteurs, la malignité est de deux types.

1° Le plus rare est représenté par le caractère cytologique de l'épithélioma. C'est la cellule qui indique d'emblée le cancer. Ils retrouvent ainsi sept cas sur cinquante-deux.

2° Le type le plus banal est représenté par le caractère architectural de l'épithélioma. Il suffit de se rapporter aux travaux de Leroux Robert et de Masson, aux données de Delarue, pour admettre qu'il existe toujours un ou plusieurs points de la pseudo-capsule où se font des effractions épithéliales dont l'image d'effilochage est nette.

Chavanaz et Nadal exagéraient certes, en 1910, en faisant dériver tous les cancers parotidiens d'une tumeur mixte. Mais Santy et Dargent trouvent pourtant vingt cas sur cinquante-cinq observations.

Toutefois, le fait important est l'extrême longueur des délais de dégénérescence. Dunet et Cressel les fixent entre dix et quinze ans ; il faut les situer plutôt entre quinze et trente ans. Opérer, puis

récidiver en tumeur mixte une pareille tumeur pourra enfin récidiver en cancer malin dans un délai de vingt ans. Enfin, l'apanage le plus habituel d'une tumeur mixte est heureusement la récidive locale.

On pourra conclure avec SANTY et DARGENT, que l'apanage des tumeurs mixtes est la malignité locale et une malignité évolutive.

Du point de vue macroscopiqu,e ces tumeurs mixtes dégénérées perdent toute tendance à l'encapsulation et à la limitation.

Du point de vue microscopique : ce sont soit des épithéliomas, soit des sarcomes.

a) *Les épithéliomas.*

On retrouve toutes les formes décrites précédemment, à savoir : épithélioma spino-cellulaire et épithélioma glandulaire le plus souvent.

b) *Les sarcomes.*

De type fusiforme le plus souvent, ils sont extrêmement rares et leur existence a été mise en doute par certains auteurs.

ÉTUDE CLINIQUE

Avant d'entreprendre l'étude clinique, nous avons détaillé à titre d'exemple quelques statistiques parmi les plus importantes de la littérature. Nous montrerons ainsi la relative fréquence des tumeurs malignes par rapport aux autres processus tumoraux ou d'allure tumorale siégeant au niveau des glandes salivaires. Toutes ces statistiques ayant été établies à propos de la parotide, glande la plus souvent atteinte.

I. — STATISTIQUE DE LA MAYO-CLINIC

Comporte 716 cas et fournit les pourcentages suivants :

Tumeurs dites mixtes	71,8 %
Cancers	21 %
Sarcomes	0,4 %
Adénomes	1 %
Cysto-adénomes papillaires	2 %
Tumeurs lymphocytaires	1,5 %
Kystes simples	1 %
Lipomes	0,7 %

II. — STATISTIQUE DE H. REDON (1959)

Comporte 465 cas ; elle donne :

Epithéliomas remaniés	233 cas
Epithéliomas remaniés récidivés	78 cas
Hémolymphangiomes	22 cas
Lipomes	3 cas
Schwannomes	7 cas
Parotidites	17 cas
Tuberculoses	21 cas
Kystes	15 cas
Adénopathies secondaires	15 cas
Cylindromes	17 cas
Cancers	85 cas
Cysto-adénomes lymphomes	20 cas

III. — **STATISTIQUE FONDATION CURIE - P. MOYSE** (1955)

Statistique de 200 cas ; elle comprend :

Tumeurs dites mixtes	89 cas
Cylindromes	14 cas
Tumeurs mixtes dégénérées	8 cas
Epithéliomas vrais	40 cas
Mélanomes malins	10 cas
Sarcomes	3 cas
Tumeurs bénignes	13 cas
Adénopathies intraparotidiennes	13 cas
Parotidites chroniques	6 cas
Lithiases parotidiennes	2 cas
Maladie de Mikulicz	1 cas
Hématome ancien	1 cas

Ainsi donc, à la lecture de ces différentes statistiques, on peut dire que les cancers représentent environ le cinquième des différentes tumeurs.

Il nous faut maintenant les étudier en fonction de leurs localisations.

LA PAROTIDE

I. — **LES CARCINOMES**

Quatre-vingt pour cent de carcinomes sont de topographie parotidienne.

Dargent	sur 97 observations, 14 cancers différenciés alvéolaires, papillaires ou glandulaires, 26 cancers anaplasiques ou métaplasiques.
Buxton, Maxwell et Cooper	41 cas sur 227 tumeurs.
Rawson, Howard, Roster, Horn	12 cancers parotidiens sur 160 tumeurs salivaires.
Swinton et Warren	9 cancers sur 81 tumeurs parotidiennes.
Roux-Berger et Moyse	13 cancers sur 73 tumeurs.
Redon	85 cancers sur 462 tumeurs parotidiennes.

1° **L'étiologie.**

Age : rare avant 50 ans, ils s'échelonnent entre 50 et 60 ans, la moyenne d'âge étant 65 ans. Ils peuvent parfois s'observer chez l'enfant.

Redon cite Howard, Rawson et Roster qui ont réuni 21 cas de lésions parotidiennes chez l'enfant, il n'y avait qu'un carcinome. Lui-même ne cite qu'un cas opéré par lui.

Sexe : les deux sexes sont également atteints, avec peut-être une légère prédominance pour l'homme âgé.

Causes favorisantes : les facteurs favorisants sont ceux invoqués pour toutes tumeurs malignes. Le traumatisme en particulier. On a invoqué le rôle de la lithiase ; enfin, comme pour les tumeurs mixtes, on a remarqué une synergie gonado-salivaire.

2° **La clinique.**

Le malade vient consulter pour une tuméfaction siégeant au niveau de l'aire parotidienne.

La date d'apparition est variable ; il s'agit soit d'un nodule d'apparition récente, qui a grossi rapidement, soit d'un nodule existant depuis des années qui, brusquement, augmente de volume. La brusquerie d'augmentation de volume d'une tumeur préexistante pouvant correspondre à la dégénérescence d'une tumeur mixte ancienne.

Les signes fonctionnels à ce stade font habituellement défaut. La tuméfaction est parfaitement indolente.

L'examen clinique :

— Révèle un nodule de dimensions variables, d'un demi à six centimètres de diamètre, siégeant au niveau de la parotide, le lobe superficiel étant le plus souvent en cause. Les tumeurs des régions massétérine, latéro-pharyngienne, sous-angulo-maxillaire, sont facilement éliminées.

— La forme est sphérique pour les petites, irrégulière, polylobée pour les plus grosses.

— La surface est généralement uniforme et régulière.

— Il est de consistance homogène allant d'une dureté cartilagineuse (signe de Nélaton) à la mollesse du lipome. Mais elle est parfois variable selon les points et même certaines sont partiellement kystiques.

— Le nodule est mobile sur les plans profonds et superficiels ; par contre il faut savoir que les tumeurs antérieures sous-zygomatiques, les tumeurs hautes prétragiennes, celles qui se développent au niveau des zones adhérentes de la glande sont toujours fixées. Il en est de même de celles développées à la face profonde du lobe superficiel.

Les téguments de recouvrement sont à ce stade indemnes.
L'orifice du sténon est normal.
La motricité du facial est normale.
L'examen des aires ganglionnaires est négatif.

Ainsi donc, tous ces signes donnent le change avec les tumeurs bénignes.

3° **Examens paracliniques.**

Nous disposons, pour poser le diagnostic positif, de plusieurs méthodes que nous allons décrire.

a) *La sialographie.*

Imaginée par ARCELIN en 1902 et mise au point définitivement en 1926 par JACOBOVICI, PAPOLITZA et ALBEC.

Technique : cathétérisme du canal de Stenon à l'aide d'un trocart à perfusion, muni de son mandrin mousse.

— Injection de 3 centimètres cubes environ de Lipiodol fluide à 40 %. La douleur de distension parotidienne étant, en fait, le seul signe permettant de connaître la quantité à injecter.

— Le mandrin remis en place, BONNEAU préconise trois incidences radiologiques ; un profil au contact de la glande inspiré de l'incidence de Parma, une incidence de face et un Hirtz. Il faut signaler la nécessité de toujours pratiquer un cliché tardif.

Les résultats : l'interprétation des résultats donnés par la sialographie varie avec les auteurs.

Classiquement : les tumeurs doivent se traduire par des zones claires intraglandulaires, non injectées, bien circonscrites.

REDON et GRELLET ne retrouvent jamais ces images caractéristiques. Sur une série de sialographies contrôlées ultérieurement par l'intervention chirurgicale, ils décrivent :

— Soit des images de sialographies normales malgré une étude minutieuse des clichés.

— Soit une partie de la glande moins bien injectée, avec des canaux déjetés à la périphérie (balle dans la main).

— Mais ils ne retrouvent jamais la lacune complète ; il existe en effet très souvent, au centre de taches claires, des images de canaux secondaires fragmentés.

— Enfin, ils retrouvent parfois un simple déplacement en dehors du Sténon ; c'est-à-dire des images classiques de tumeur extra-glandulaire.

Il faut donc conclure que cet examen ne nous permet absolument pas de trancher entre tumeur bénigne ou tumeur maligne. Tout au plus, il nous permet dans un bon nombre de cas de penser qu'il s'agit d'une tumeur intraglandulaire encore que des fausses images de refoulement canalaire se retrouvent parfois.

b) *La radiographie sans préparation :* elle est sans intérêt ici.

c) *Le cyto-diagnostic salivaire :* réalisé avec l'appareil à prélèvement du professeur Sohier, cette méthode de prélèvement est peu utilisée ; toutefois, dans ces formes à malignité enclose, elle est sans grande utilité. Elle doit laisser le pas à d'autres examens.

d) *La drill-biopsy :* l'avantage de cette méthode est de ramener une véritable carotte de tissu permettant une étude architecturale et non seulement cytologique. Mais elle comporte des risques d'ensemencement de voisinage et d'autre part, la présence à ce niveau du facial et de ses branches de division, lui font souvent préférer :

e) *La ponction à l'aiguille fine.* La technique est simple : ponction avec une aiguille fine de 2 à 3/10 de milimètres montée sur une seringue de 2 cc très étanche. L'aiguille et la seringue sont retirées ensemble, le suc projeté sur une lame, étalé avec une lamelle, fixé à l'alcool-éther à parties égales.

Coloration de type Papanicolaou avec colorants de Harris-Shorr.

Appaix, Bonneau et Sommer, en 1959, décrivent les aspects cytologiques rencontrés et donnent le résultat de vingt-quatre examens tous contrôlés par l'étude de la pièce opératoire. La plupart étaient des tumeurs mixtes. Toutes les fois le diagnostic tumoral a été porté avec exactitude. Il n'y a eu que quatre erreurs, deux fois il a été répondu tumeur mixte alors qu'il s'agissait d'un cystadénolymphome, et deux fois tumeur mixte simple alors qu'il s'agissait de tumeur mixte à évolution épithéliomateuse.

Les auteurs insistent sur la collaboration nécessaire entre le clinicien et le cytologiste. Il semble donc que ce procédé est susceptible d'apporter des éléments de diagnostic, mais il faut savoir qu'il nécessite un cytologiste rompu à ce genre d'examen.

G. Castelain, C. Castelain et Lecoursonnois établissent un diagnostic cytologique soit en préopératoire par ponction à l'aiguille fine, soit en peropératoire avec frottis et empreintes des diverses néoformations. Ils pensent que le cyto-diagnostic apporte une contribution intéressante au problème délicat des tumeurs salivaires dont la symptomatologie clinique est si réduite.

f) *La biopsie et l'énucléation-biopsie :* sont deux méthodes à proscrire formellement.

g) *La biopsie extemporanée :* sous anesthésie générale on pratique l'exérèse du lobe superficiel. La pièce est examinée au microscope après fixation. La difficulté tient surtout à l'entraînement de l'anatomo-pathologiste, car l'interprétation limitée dans le temps, est souvent délicate et exige une grande expérience. Néanmoins, elle procure une sécurité au chirurgien. En fonction du résultat, elle constitue à elle seule le traitement (exérèse du lobe superficiel). Dans l'autre éventualité, elle sera le premier temps de la thérapeutique.

4° **Evolution et pronostic.**

Il faut d'une part considérer le pronostic en fonction de la nature anatomo-pathologique. On opposera ainsi les épithéliomas atypiques extrêmement malins aux adénocarcinomes acineux. Dans un travail récent Abrams, Cornyn, Scofiels et Hansen, rapportant 72 observations d'adénocarcinomes à cellules claires ont montré que 61 d'entre elles ne présentaient pas de récidives ou de métastases.

D'autre part, on ne peut manquer d'opposer le pronostic très sombre des carcinomes cliniques à celui des formes nodulaires de début.

II. — LES CYLINDROMES

Nous rappelons d'emblée qu'en étudiant les cylindromes de la parotide, nous excluons l'aspect pseudo-cylindromateux de certaines tumeurs mixtes et de certains carcinomes.

Sur le plan clinique, l'aspect cylindromateux apporte au tissu néoformé des caractères particuliers.

a) Bénignité locale relative se manifestant par :

- — une lenteur d'évolution s'échelonnant sur de longues années et l'envahissement par refoulement ;
- — absence de pénétration lymphatique quasi constante ;
- — encapsulation relative de la tumeur, tout au moins lors de son évolution première.

b) Mais il faut insister :

- — sur la fréquence des récidives malgré la thérapeutique la plus correcte ;
- — la possibilité de métastases par voie sanguine à localisations osseuse et pulmonaire ;
- — Enfin, du point de vue thérapeutique, la faible radiosensibilité qui n'en demeure pas moins d'une efficacité remarquable (Baclesse).

Ainsi donc, nous sommes en présence d'une tumeur histologiquement bénigne, se développant cliniquement avec une extrême lenteur, mais que nous devons considérer « comme maligne », du fait de la fréquence des récidives et de la possibilité de métastases.

1° **Etiologie.**

Fréquence : au niveau de la parotide, ce sont des tumeurs rares, mais il est difficile d'avoir une opinion exacte sur leur fréquence. Les pourcentages avancés par les auteurs varient dans des proportions importantes.

Pour Redon : 17 cas sur 233 épithéliomas à stroma remanié. Donc, moins de 7 %.

Moyse : 14 cas pour 89 tumeurs dites mixtes, 8 tumeurs mixtes transformées, 40 carcinomes.

Dancot étudiant 19 cas de cylindromes, en trouve 3 au niveau de la parotide, soit 2 %.

Quattlebaum et Dockerty : les cylindromes représentent 10 % des tumeurs parotidiennes primitives.

L'âge : le cylindrome se rencontre indifféremment de 20 à 80 ans, mais il faut bien dire que 50 % frappent les individus entre 40 et 60 ans.

Le sexe : la fréquence chez la femme semble légèrement prédominante. Dancot compte 11 femmes sur 19 cylindromes. Pietrantoni trouve 13 femmes sur 22 cas.

2° **La clinique.**

Quattlebaum et Mayo qui se sont attachés à étudier la question des cylindromes parotidiens, ont retenu sur 210 tumeurs parotidiennes, 21 cylindromes. Mais, dans 7 cas, il s'agissait de nodules encapsulés, dans 14 cas ils présentaient des symptômes évidents de malignité.

Dans les formes nodulaires encapsulées, ces tumeurs sont tout à fait identiques à celles des tumeurs mixtes ou à celles décrites précédemment pour les carcinomes.

Elles sont bien limitées, apparemment encapsulées, de consistance le plus souvent ferme avec par places des zones plus élastiques ou même kystiques.

Du point de vue clinique, à propos de ce type de tumeur, certains auteurs ont retrouvé dans 50 % de cas des douleurs. Pour Redon, ce signe sur lequel ont insisté Quattelbaum, Dockerty et Mayo, ne semble pas faire la preuve de sa valeur.

Les métastases. — En effet, le pronostic vital de telles tumeurs est grave, car le cylindrome métastase à distance dans le squelette et au niveau du poumon en particulier. Baclesse et Dechaume ont montré, en 1940, la fréquence et la lenteur d'évolution des métastases

à distance. A propos de ce travail ils ont insisté sur la radiosensibilité de ces tumeurs, les opposant ainsi à celles des épithéliomas remaniés vrais, qui sont radiorésistants.

3° **L'évolution.**

Non traitées, ces formes nodulaires encapsulées évoluent lentement, augmentent de volume en refoulant les tissus sains, puis apparaissent les signes de malignité. Ainsi donc, du point de vue pronostic, elles se situent entre les épithéliomas à stroma remanié et les carcinomes vrais.

III. — LE DIAGNOSTIC

Un certain nombre d'affections peuvent se présenter sous forme d'une tumeur de la région parotidienne.

Redon envisage ce diagnostic schématiquement en considérant :

— Les tumeurs faisant partie d'un syndrome général.
— Les tumeurs associées à des lésions des autres glandes cervico-faciales.
— Les tumeurs mono-symptomatiques.

1° **Les tumeurs faisant partie d'un syndrome général.**

Il s'agit d'adénopathie intraparotidienne, maître symptôme d'une hémopathie.

L'interrogatoire minutieux du malade à la recherche de petits signes d'atteinte de l'état général.

L'examen clinique complet :

des autres aires ganglionnaires cervicale contro-latérale, sus-sus-claviculaire, axillaire, inguale.
la palpation et la percussion de la rate.

L'examen paraclinique :

bilan hématologique complet ;
radiographie pulmonaire ;
et souvent la biopsie ganglionnaire par cervicotomie exploratrice.

Ce bilan nous permettra de poser le diagnostic de leucémie lymphoïde, de maladie de Hodgkin et parfois même de lymphosarcome ou de Boesnier-Boeck-Schauman.

2° **Les tumeurs associées à l'hypertrophie des autres glandes salivaires.**

Ne poseront pas de problème diagnostique ; elles entrent dans le cadre des parotidoses.

3° **Les tumeurs parotidiennes monosymptomatiques.**

Ce sont celles qui poseront les problèmes les plus difficiles à résoudre. Nous éliminerons assez facilement :

a) Les tumeurs diffuses de la parotide.

— Les parotidites lithiasiques : Par le caractère des douleurs (coliques salivaires). Le gonflement en masse de la glande. Enfin, la sialographie qui met en évidence les dilatations canalaires et glandulaires et montre souvent l'existence de calcul.

— La tuberculose parotidienne : Ici l'infiltration glandulaire est moins totale, les zones ramollies alternent avec des zones infiltrées. Les images sialographiques sont celles de dilatations importantes allant jusqu'à 1 centimètre de diamètre, les opposant ainsi à celles des images lithiasiques.

Mais surtout la recherche des antécédents tuberculeux récents, la cuti-réaction et la radiographie thoracique ne laissent aucun doute.

— Les angiomes infectés : Seule la coexistence avec un angiome cutané aiguillera le diagnostic, car ni la clinique ni la sialographie ne permettent de conclure.

Nous éliminerons facilement les actinomycoses parotidiennes exceptionnelles en France, ainsi que les parotidites vaso-motrices décrites par Dechaume.

b) Par contre, les tumeurs limitées de la parotide posent souvent des problèmes diagnostiques délicats.

— Dans un petit nombre de cas, le diagnostic différentiel avec :

Un kyste salivaire : il s'agit d'un kyste vrai, la clinique et la sialographie sont explicites.

Il grossit au moment des repas, puis s'affaisse plus ou moins complètement. La ponction confirme le diagnostic.

Les adénopathies cancéreuses secondaires :

- à un cancer cutané de la face, ancien ou passé inaperçu,
- les adénopathies prévalentes d'un cancer des voies aérodigestives supérieures,
- un nœvocarcinome parotidien secondaire à une tumeur noire du cuir chevelu ou de la face.

— Très souvent, le diagnostic clinique demeure impossible et c'est à la biopsie extemporanée qu'il faut avoir recours.

Elle nous conduira au diagnostic de tumeur rare, telles que kyste pharyngoïde, ou amygdaloïde, neurinome, schwanomes, hémo-lymphagiome, fibrome ou cystadénolymphome intraparotidien.

Elle permettra enfin de différencier d'une tumeur mixte, carcinomes ou cylindromes au stade de malignité enclose.

LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE

On retrouve au niveau de la glande sous-maxillaire les mêmes types tumoraux que ceux étudiés pour la parotide. Toutefois, leur fréquence est moins grande.

Un travail d'ensemble de Dokerty et Mayo, basé sur l'étude de 500 tuméfactions de la région sous-maxillaire, nous donne une idée de la fréquence relative des diverses affections de la glande.

80 % des tuméfactions sont des adénopathies de cette région, secondaires à des épithéliomas de voisinage, connus ou inconnus, dont 6 mélano-sarcomes. En réalité, sur 500 tuméfactions de la région sous-maxillaire, 81 répondent à des tumeurs de la glande.

Ces tumeurs comprennent :

— 51 épithéliomas remaniés,

— 15 cylindromes,

— 15 cancers glandulaires.

Considérant les tumeurs de la glande prises dans leur ensemble, sans préjugé de leur nature histologique. De Scoville et Gilson rapportant les chiffres de 14 statistiques importantes, arrivent à un pourcentage de 9,2 % de tumeurs salivaires.

Avant d'entreprendre leur étude, il nous faut insister sur la fréquence du cylindrome à ce niveau.

I. — LES CYLINDROMES

Fréquence des cylindromes par rapport aux tuméfactions de la glande sous-maxillaire :

Foote et Frazell	4,4 %
Ahlboom	5,7 %
Redon	1,8 %
Kirklin	2,6 %

Dancot, sur 19 cylindromes, en trouve :

3 parotidiens,
6 palatins,
6 sous-maxillaires,
2 au niveau du conduit auditif externe,
1 au niveau du sinus maxillaire.

Dokerty et Mayo en observent :

15 sur 81 tumeurs de la sous-maxillaire, soit 18 %.

1° **Etiologie.**

a) Race : On note une plus grande fréquence chez les Asiatiques et l'on a ainsi évoqué des facteurs nutritionnels dans le développement de ces tumeurs.

b) Sexe : On retrouve une légère prédominance chez la femme (D'Autuono).

c) Age : Grande fréquence entre 40 et 50 ans, donc affection de l'âge adulte.

2° **Clinique.**

Le mode de début est lent et insidieux. On n'observe aucune gêne ni à la déglutition ni à la mastication.

Bien que dans la plupart des observations on ne retrouve aucune symptomatologie fonctionnelle, certains auteurs ont particulièrement insisté sur la douleur locale, apanage, disent-ils, des cylindromes.

Dokerty et Mayo l'ont retrouvé 11 fois sur 15 observations.

Redon, de son côté, pense que toute tumeur salivaire douloureuse doit être suspectée d'évolution cylindromateuse.

L'examen physique.

La glande sous-maxillaire apparaît essentiellement comme un organe cervical, seul le pôle supérieur caché par le maxillaire et le prolongement antérieur donne une symptomatologie buccale (1 cas de Dechaume développé au niveau d'un lobe aberrant de la sous-maxillaire).

Il s'agit le plus souvent de signes cervicaux. Tuméfaction qui siège un peu en avant de l'angle, au-dessus de l'os hyoïde.

La taille : en général de taille réduite (noisette à grosse amande).

Les téguments de recouvrement, la muqueuse buccale, l'orifice du Wharton sont parfaitement normaux.

La palpation des téguments, combinée au toucher buccal, permet de constater qu'il s'agit bien d'une tumeur intraglandulaire. Sa consistance est variable, élastique, ferme en général, elle peut être molle et même pseudo-fluctuante.

Enfin, nous noterons la mobilité parfaite par rapport aux plans superficiel et profond.

L'examen des aires ganglionnaires : Au stade nodulaire, encapsulé, il est certain que le problème des adénopathies tant discuté ne se pose pas.

3° **Examens paracliniques :**

a) *La sialographie :* cathétérisme du Wharton. Injection de 1,5 cc de Lipiodol fluide et prise de clichés. Face, maxillaire défilé et BONNEAU.

— Les résultats : Les images obtenues sont analogues à celles observées dans les tumeurs mixtes, mais très différentes de celles observées au niveau de la parotide. Deux éléments principaux les caractérisent :

- L'injection incomplète de l'aire glandulaire qui réalise une encoche dans les contours de la glande, mais :
  - — sans zone marécageuse,
  - — sans image en bouts coupés de canaux comme on en rencontre dans les tumeurs malignes.
- Remaniement de la structure canaliculaire.

Le Wharton est refoulé, déplacé, voire aminci par la tumeur. Les canaux secondaires sont toujours modifiés : si la tumeur est petite, l'injection du système canaliculaire se limite aux canaux de second ordre avec déplacement global de ceux-ci. Si la tumeur est volumineuse, il y a disparition de la structure canaliculaire. Les canaux étant remplacés par des taches irrégulières avec des zones non injectées.

Mais aucun signe n'est pathognomonique ; la sialographie nous permet seulement d'affirmer que l'on est en présence d'une tuméfaction limitée de la loge sous-maxillaire et qu'il s'agit d'une tumeur intraglandulaire. En fait, le diagnostic positif revient seul à :

b) *L'examen extemporané :*

Exérèse du nodule sous anesthésie générale et examen par l'anatomo-pathologiste.

C'est le seul examen capable d'apporter un diagnostic.

4° **L'évolution.**

La durée moyenne d'évolution des cylindromes est beaucoup plus brève que celle des tumeurs mixtes. Ils évoluent vers l'accroissement progressif localement avec possibilité de métastases viscérales.

Les récidives locales, après traitement insuffisant, sont fréquentes. A ce titre, nous citerons l'observation publiée par M. DECHAUME d'une tumeur d'un lobe aberrant de la sous-maxillaire qui, prise pour une tumeur mixte, récidive sept ans plus tard après l'ablation (il n'est pas précisé s'il s'agissait d'une sous-maxillectomie ou d'une énucléation). On devait d'ailleurs retrouver, quinze mois plus tard, des métastases pulmonaires.

Les métastases :

A propos de 5 cylindromes de la sous-maxillaire, Baclesse trouve 5 métastases pulmonaires et dans deux cas il retrouve également des métastases osseuses.

Elles sont toujours silencieuses cliniquement et ne sont découvertes que par des examens radiologiques systématiques. Au niveau du poumon, ce sont de petits noyaux bien limités, de 1 à 2 centimètres de diamètre, qui grandissent en se multipliant dans tout le champ pulmonaire. L'atteinte pleurale étant plus rare.

Classiquement, elles ne se voient que tardivement, dix et vingt ans après la constatation clinique de la tumeur, c'est-à-dire sur des cylindromes vieillis ayant fait l'objet d'interventions itératives à la suite de récidives multiples.

II. — LES CARCINOMES GLANDULAIRES

Ils sont extrêmement rares à ce niveau. Au stade nodulaire, rien ne permet de les distinguer cliniquement des tumeurs mixtes.

Il est certain que cette rareté tient souvent au fait qu'on l'interprète comme étant une métastase ganglionnaire. Ce qui nous conduit tout naturellement à envisager le diagnostic différentiel.

— Il s'agit d'une tuméfaction plus ou moins solidaire du maxillaire, siégeant au bord inférieur de la mandibule, au croisement de l'os par l'artère faciale, mais il est cliniquement difficile de savoir s'il s'agit d'une adénopathie développée dans la loge sous-maxillaire ou d'une tumeur de la glande.

• Certes, le sialogramme pratiqué en position de maxillaire défilé, mais aussi sous incidence antéro-postérieure, le film étant sous la nuque, nous donne quelques renseignements.

Les ganglions dessinent une encoche sur la face externe de la glande, ils sont rarement intraglandulaires, au contraire des tumeurs. Ceci, du moins, radiologiquement.

Il nous permet aussi d'éliminer les sous-maxillites lithiasiques. Mais dans la majorité des cas, la sialographie est insuffisante et il s'agit d'un diagnostic d'élimination en essayant de rechercher une étiologie à l'adénopathie.

• Il est facile d'éliminer rapidement :

L'accident inflammatoire banal en rapport avec une infection dentaire qu'il faudra rechercher par un examen complet dentaire et en demandant des examens de spécialiste.

L'accident infectieux : comme on peut le voir dans la maladie des griffes de chat, mais la notion de contage, de cuti-réaction avec des antigènes spéciques lèveront le doute.
L'adénite tuberculeuse : les antécédents, le terrain, les radiographies pulmonaires, la ponction qui ramènera du pus caractéristique que l'on fera pousser sur milieu de Lowenstein, seront autant d'arguments à retenir.
L'accident syphilitique : l'aspect clinique est différent. Il s'agit d'une polyadénopathie satellite d'un chancre buccal. La sérologie sera positive.

• Mais surtout la présence d'un ganglion chronique qui ne fait pas sa preuve doit faire rechercher un épithlioma masqué de la cavité buccale, ainsi que l'antécédent plus ou moins ancien de tumeur noire cutanée du territoire correspondant.

Le diagnostic de tumeur de la glande étant posé, seule la biopsie extemporanée permettra de reconnaître un carcinome d'un cylindrome ou d'une tumeur mixte.

TUMEURS DES GLANDES SALIVAIRES DE LA CAVITÉ BUCCALE

Nous comprenons dans cette étude, non seulement les tumeurs développées à partir de la sublinguale, mais aussi celles développées à partir des lèvres, des joues, du palais et du voile.

Les tumeurs développées à partir de ces glandes salivaires semblent avoir été décelées pour la première fois en 1852 par Robin.

Du point de vue de leur fréquence par rapport aux autres tumeurs des glandes salivaires, elles semblent représenter environ 8 à 9 %.

Ahlboom montre dans son travail portant sur 254 tumeurs des glandes salivaires, qu'elles atteignent 9 %.

Hoboek signale 33 tumeurs glandulaires endobuccales contre 236 tumeurs des autres glandes.

Heudricks présente une série de 44 cas de tumeurs des glandes salivaires accessoires, vues de 1934 à 1962. Elles représentent dans cette statistique 17 % de toutes les tumeurs d'origine salivaire, et se répartissent en 17 tumeurs bénignes et 27 tumeurs malignes. Une partie très importante de ces tumeurs siège sur le palais, les autres atteignant joues, langue, plancher buccal, trigone, téguments cervico-faciaux.

Dans ce chapitre, nous nous proposons de les étudier non plus en fonction de leur nature comme nous l'avons fait dans les paragraphes précédents, mais en fonction de leur localisation respective.

I. — LA SUBLINGUALE

Les tumeurs glandulaires à ce niveau sont rares, elles doivent être distinguées des cancers du plancher de la bouche sous le nom duquel il est classique de n'étudier que les épithéliomas.

La fréquence : elle est variable :

Mac Farland : 1 cas sur 300 tumeurs salivaires.
Desaive : 1 cas.
Brown, Mac Dowelle et Fryer : 1 tumeur mixte sur 200 observations.

Foote et Frazell : sur 877 tumeurs salivaires observées au Memorial Center de New York observent 4 tumeurs de la sublinguale (1 tumeur maligne non classée et 3 adénocarcinomes).

Dargent en isole 4 : 1 cylindrome, 1 cancer indifférencié et 2 cancers anaplasiques.

Cliniquement :

Les tumeurs siègent au niveau du plancher buccal antérieur et sont prises pour des cancers authentiques du plancher et traitées comme tels. Ainsi s'expliqueraient le nombre d'échecs thérapeutiques.

L'absence de signes fonctionnels explique sa découverte fortuite par le sujet ou à l'occasion d'un examen stomatologique. Plus tardivement, le volume tumoral entraîne une gêne et une sensation de corps étranger latéro-lingual.

A l'examen le nodule est ferme en général, bien limité.

La muqueuse de recouvrement est saine.

La palpation pratiquée en faisant bomber le plancher avec la pulpe des doigts en refoulant la région sous-maxillaire montre que la tumeur est bien limitée, indolente, qu'elle n'infiltre pas les tissus.

L'attitude la plus logique demeure comme pour les autres localisations, l'exérèse chirurgicale suivie par l'examen extemporané. Il nous permet de poser le diagnostic positif et d'entreprendre un traitement logique en fonction du résultat.

Le diagnostic différentiel avec les tumeurs hyperplasiques bénignes telles que les grenouillettes, est facile.

II. — AU NIVEAU DES LEVRES

La fréquence :

La fréquence de la localisation des tumeurs malignes glandulaires est relative. Les premières observations furent publiées en 1903 par Lenormant.

Viennent ensuite les monographies de VAHERI (1935), EGGERS (1938), BERNIER (1946).

On retrouve en 1962 une statistique d'ACKERMANN, sur 116 cas.

Ainsi donc, par rapport à l'ensemble des tumeurs des glandes salivaires, on retrouve pour les lèvres entre 7,4 % et 3,2 %

Il faut mentionner que ces tumeurs frappent presque exclusivement la lèvre supérieure. Comme pour l'ensemble des tumeurs des glandes salivaires, l'âge de développement optima se situe entre 30 et 60 ans.

Du point de vue clinique :

Le début est lent et insidieux. Le malade ne vient consulter que lorsque la tumeur est devenue gênante par sa taille.

Il s'agit d'une tumeur minime qui fait saillie dans le vestibule au niveau de la face postérieure des lèvres. Elles sont presque toujours latérales, elles s'allongent au fur et à mesure de leur développement dans le sens transversal. Leur consistance est dure, peu homogène, les plus grosses peuvent être bosselées et de consistance variable suivant les points.

L'évolution est très lente, pouvant se compliquer parfois d'ulcération de la muqueuse de recouvrement.

Le problème des métastases :

En ce qui concerne le cylindrome, la possibilité de métastases pulmonaires et viscérales est possible. Pour les carcinomes les adénopathies régionales au stade nodulaire sont exceptionnelles.

Le diagnostic :

Il sera le plus souvent fait lors de l'examen anatomo-pathologique. Mais on éliminera facilement :

- Le kyste glandulaire mucoïde : siège surtout à la lèvre inférieure. Sa coloration bleuâtre est caractéristique. La ponction ramène un liquide clair et filant.
- Le lipome : siège surtout au niveau de la lèvre inférieure, sa consistance est généralement plus molle.
- L'angiome : il coexiste souvent avec d'autres formations angiomateuses de la face et il présente surtout des caractères spéciaux permettant de le reconnaître.
- Botryomycome et papillome : sont de diagnostic facile.

Par contre, le diagnostic de tumeur mixte, cylindromes, carcinomes et parfois même d'épithéliomas vrais dans leurs formes profondes non ulcérées, sera sûrement anatomo-pathologique.

III. — AU NIVEAU DES JOUES

Aucun travail d'ensemble n'a été fait à ce jour pour fixer la fréquence relative par rapport aux autres localisations. Les quelques observations que l'on relève se réduisent pratiquement soit à des tumeurs mixtes, soit à des cancers ayant pris naissance au niveau de l'orifice du sténon. Ainsi Redon et Dupas, à l'occasion d'une observation personnelle, en retrouvent six cas dans la littérature. Ils se traduisent généralement par l'apparition d'une masse jugale avec ou sans sialorragie accompagnée d'un syndrome de parotidite inflammatoire récidivante ou chronique.

Du point de vue clinique les formes nodulaires n'entraînent de gêne fonctionnelle que lorsqu'elles atteignent un certain volume. Elles ne sont douloureuses que lorsque la muqueuse de recouvrement est irritée ou infectée par les contacts permanents avec les arcades dentaires. Il nous faut signaler de façon exceptionnelle la possibilité d'adénopathies homolatérales.

IV. — AU NIVEAU DU PALAIS ET DU VOILE

La voûte et le voile apparaissent comme un siège de prédilection pour les tumeurs glandulaires endobuccales.

A ce niveau, les épithéliomas épidermiques sont beaucoup plus fréquents que les tumeurs glandulaires.

— Sur 100 tumeurs du voile et du palais traitées de 1932 à 1945 au Norske Radium Hospital, Hoboeck signale que les trois quarts étaient de nature épidermoïde.

— H. Martin indique la même proportion : 74 épithéliomas épidermiques pour 24 tumeurs glandulaires.

— Enfin, à la Fondation Curie, de 1919 à 1948, parmi 124 tumeurs, 15 seulement étaient de nature glandulaire.

1° Les cylindromes.

Dancot, sur 19 cylindromes en décrit 6 au niveau du palais ; pour lui, la localisation palatine étant plus fréquente que la vélaire.

Ennuyer et Bataini, reprenant les observations mondiales postérieures à 1900, retrouvent 46 cylindromes et 180 tumeurs mixtes, soit environ 1 cylindrome pour 4 tumeurs mixtes. Ils retrouvèrent également que la localisation palatine était plus fréquente que la vélaire.

Voûte	23 cas
Voile	14 cas
Voûte et voile	4 cas
Région amygdalienne	5 cas

Etiologie.

Ils ne diffèrent à ce niveau que très peu de ceux décrits pour les autres localisations.

Age : Le cylindrome apparaît avec une fréquence à peu près égale au cours des 5e, 6e et 7e décades.

Sexe : La femme semble plus fréquemment atteinte.

Clinique.

Très grande latence clinique puisque le temps moyen écoulé entre la découverte de la tumeur et l'époque du traitement est de six mois environ.

Petite tumeur arrondie, bien limitée, de consistance plutôt ferme, toujours de siège latéral.

A ce niveau, il nous faut insister sur certains caractères qui les différencient des tumeurs mixtes :

— L'extension vers les fosses nasales et le sinus maxillaire.

— Les destructions osseuses du maxillaire supérieur.

Ces deux signes s'objectivent par un examen radiologique du massif facial supérieur. Radiographies de face, incidence de Blondeau, de Hirtz et tomographies sagittales et frontales. Ces clichés montrent les propagations nasales et maxillaires ainsi que les destructions osseuses.

Elles permettront parfois de localiser dans le sinus maxillaire ou les fosses nasales le point de départ du cylindrome.

Enfin, la caractéristique de ces tumeurs étant la possibilité de métastases pulmonaires et osseuses, métastases très souvent latentes, il sera nécessaire de pratiquer un bilan radiologique du squelette et du thorax.

2° **Les carcinomes glandulaires.**

Tout travail d'ensemble consacré à ce sujet s'avère impossible du fait de la confusion terminologique qui règne.

Ennuyer et Bataini, dans leur ouvrage consacré aux tumeurs de la région vélo-palatine, retiennent sous toutes réserves les observations de Piquet (1934), de Howarth (1936) et de Sharnoff (1940), les 16 cas publiés par Martin, ainsi que les 3 observations de la Fondation Curie, soit au total 23 observations.

On doit les considérer comme peu fréquentes.

Si on les oppose aux épithéliomas épidermiques de ces régions, Henri Martin trouve 16 adénocarcinomes contre 73 épithéliomas épidermiques et 8 tumeurs mixtes.

Etiologie.

On retrouve une certaine prédilection pour le sexe féminin.

L'*âge* moyen étant 50 ans, on retrouve un malade de 15 ans (Piquet) et un de 74 ans (Howarth).

Clinique.

L'ancienneté de la tumeur, c'est-à-dire le temps écoulé entre la découverte clinique et le traitement, est en moyenne légèrement inférieure à trois mois. Au stade nodulaire où nous les envisageons, ils ne diffèrent en rien des tumeurs mixtes.

Nés dans la sous-muqueuse, ils refoulent la muqueuse buccale. De consistance ferme, ces tumeurs sont peu mobilisables. De plus, elles ont toujours un siège latéral, ce qui permet de les différencier des tumeurs conjonctives de siège médian.

Ultérieurement apparaîtront :

— L'envahissement de la muqueuse vélo-palatine qui s'ulcère.

— L'envahissement de l'os qui est détruit.

— Du point de vue loco-régional : extrême rareté des adénopathies cervicales. Il faut signaler la possibilité de métastases à distance (plèvre, poumons et os) pouvant survenir en l'absence d'adénopathies cervicales préalables.

3° **Le diagnostic.**

En ce qui concerne les tumeurs glandulaires, le seul diagnostic possible est histologique. Il en est souvent de même pour les épithéliomas épidermoïdes.

Les autres affections de cette région sont exceptionnelles. On éliminera assez facilement :

a) *Les tumeurs bénignes :*

- Les papillomes : petites tumeurs pédiculées, blanc rosé, molles au toucher, siégeant fréquemment au niveau de la luette.
- Les polypes : se développent surtout à la face supérieure du voile.
- Les fibromes : apparaissent très tôt (8 et 15 ans), sont de siège latéral, quelquefois médian et alors bilobés, parfois bilatéraux, ils constituent une variété particulière par leur symétrie.
- Myxomes, chondromes, lipomes, angiomes : sont rarissimes.

- Tumeurs à myéloplaxes : de diagnostic anatomo-pathologique, doivent faire rechercher une ostéose parathyroïdienne.
- Neurinomes ou schwannomes : siègent au niveau du palais dur. Les douleurs provoquées (Ennuyer) ou par crises pourraient faire soupçonner un diagnostic qui ne sera qu'histologique.

b) *Les tumeurs malignes :*

- Ostéo, fibro, chondro, réticulo, myélo-sarcomes : sont exceptionnels. Il en est de même des rhabdomyosarcomes, des mélamomes malins, des granulomes dont le diagnostic ne peut être qu'histologique.

c) *Les pseudo-tumeurs kystiques :*

- Les kystes d'origine dentaire, les kystes palatins extra-dentaires seront facilement éliminés par leur siège toujours antérieur.
- Les améloblastomes : siégeant avec prédilection au niveau des régions tubérositaires, peuvent s'étendre au voile (Cernea).

ÉTUDE THÉRAPEUTIQUE

Pas plus pour les cancers des glandes salivaires que pour les autres tumeurs malignes, nous ne possédons aujourd'hui de médications spécifiques. C'est dire que la thérapeutique médicale est encore limitée. Les seules méthodes éprouvées sont celles qui recherchent chirurgicalement la destruction locale de la tumeur et des ganglions qui en dépendent.

A propos des tumeurs malignes des glandes salivaires se présentant cliniquement au stade nodulaire circonscrit, nous allons étudier successivement les méthodes, leurs indications et les résultats pour les différentes localisations.

1° Au niveau de la parotide.

2° Au niveau de la sous-maxillaire.

3° Au niveau des glandes accessoires.

I. — AU NIVEAU DE LA PAROTIDE

A. — Les méthodes.

1° Chirurgicales.

a) *Les exérèses glandulaires :*

L'intervention chirurgicale à ce niveau, au stade tumoral étudié, est dans la majorité des cas la parotidectomie conservatrice du facial avec dans le même temps opératoire les évidements cellulo-ganglionnaires, jugulo-carotidien, sus-claviculaire et parfois curages sous-maxillaire et sous-mental.

Technique. — C'est la parotidectomie totale avec dissection du facial, technique exposée d'une part par Redon, d'autre part par Audoin dans la thèse de Neveu. Nous ne rappellerons ici que les points particuliers de cette intervention.

Sous anesthésie générale et intubation trachéale, incision cutanée : en haut, strictement prétragienne ; en bas, elle suit le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien.

Dégagement du bord postéro-inférieur de la parotide en pénétrant dans la gaine du sterno-cléido-mastoïdien, ce qui conduit à dégager la gouttière vasculaire sous-carotidienne et à pratiquer la ligature de la carotide externe. Ceci fait, le pôle postérieur de la parotide étant décollé du conduit auditif cartilagineux, en réclinant la glande en avant, on trouve en profondeur le plan du digastrique en en dedans de lui dans l'angle rentant du bord inférieur de la parotide et du conduit cartilagineux, on repère le tronc du facial sortant du trou stylo-mastoïdien.

Le facial a des dispositions très diverses qui correspondent d'une part à la disposition anatomique du nerf, d'autre part à son refoulement ou à son étirement du fait du développement de la tumeur. La bifurcation par suite de cet étirement est souvent tardive, généralement le facial supérieur monte presque verticalement, comprenant un ou parfois deux petits filets principaux et s'éloigne rapidement de la tumeur. Par contre, le facial inférieur se divise très vite en plusieurs filets dont la plupart tapissent la face profonde de la tumeur et dont les plus inférieurs contournent le bord inférieur de celle-ci pour souvent revenir à la face externe.

Le facial étant reconnu, on commence très prudemment la libération du lobe superficiel.

En bas, on sera très prudent du fait de la limite glandulaire peu nette et du fait que le nerf devient très superficiel.

Le décollement est facile en avant où la limite de la parotide est nette, en haut également, car la branche du facial est relativement profonde.

Le pôle superficiel ainsi libéré, maintenu à l'aide d'une pince en cœur par un aide, on sectionne la zone intermédiaire reliant les deux lobes.

C'est à ce moment que la pièce sera confiée pour l'examen histologique à l'anatomo-pathologiste. Du résultat de cet examen dépendra l'attitude du chirurgien.

Ici les auteurs ne sont pas tous unanimes. Alors que Redon préconise par sécurité dans la plupart des cas la dissection du lobe profond avec section du facial, d'autres auteurs parmi lesquels Moyse, Dargent, Santy et Leroux-Robert sont plus éclectiques. Lorsque la tumeur est de volume assez réduit, bien limité, ne contractant pas de rapport intime avec le nerf, ils préconisent l'exérèse du lobe profond avec conservation nerveuse, tout au moins de l'une de ces branches de division.

b) *La chirurgie complémentaire :*

Ici encore, plusieurs attitudes sont possibles. En effet, si après exérèse des ganglions sous-parotidiens postérieurs en particulier, l'anatomo-pathologiste ne retrouve aucun envahissement on est en

droit de se demander si oui ou non il faudra pratiquer dans le même temps opératoire une lymphadénectomie jugulo-carotidienne avec extension sous-maxillaire et sous-mentale.

Quoi qu'il en soit, à la lumière des différentes publications, il semble que l'on soit de plus en plus unanime pour réaliser des évidements de principes qui dans ces formes limitées mettent à l'abri de récidives et de métastases.

Ces techniques chirurgicales présentent un certain nombre d'avantages. Elles permettent, dans un domaine où beaucoup de cancérologues redoutent la biopsie, un diagnostic exact de la tumeur. D'autre part, elles peuvent à elles seules assurer un nombre respectable de guérisons. Enfin, élément essentiel, elles constituent la meilleure préparation à la radiothérapie.

Elles sont toutefois grevées de séquelles esthétiques, en particulier quand le sacrifice du VII est nécessaire, et surtout parfois de récidives.

2° La radiothérapie.

Les techniques sont très nombreuses.

— La Rœntgenthérapie classique est encore la plus utilisée. Elle est pratiquée avec un voltage de 200 à 400 kW, en raison de 150 à 200 r par jour sur 2 à 4 champs, en séries uniques ou successives de 2 à 3 semaines d'intervalle assez étalées dans le temps.

Mais à l'heure actuelle, Snelling et Desaive conseillent plutôt l'utilisation :

— de rayons X de hauts voltages,
— ou sous tension classique, de 250 kW, la mise en œuvre de traitement à des doses de 9.000 à 12.000 r/tumeur.
— La curiethérapie :

On utilisera alors soit la télé-curiethérapie,
soit l'appareil moulé radifère de surface,
soit la curiepuncture.

Mais surtout la télé-curiethérapie pendulaire au cobalt 60 à des doses de 7.500 à 9.000 r/gamma, ou la télé-césiumthérapie.

Enfin, Desaive, Gilson et De Scoville préconisent l'usage des implantations de radio-isotopes à émission béta et gamma en per et postopératoire.

Nous notons encore la bétathérapie profonde et la bétathérapie approchée par des implantations de grains d'or radio-actifs.

Il faut dire que de plus en plus la tendance actuelle est de combiner deux techniques radiothérapiques. C'est ainsi que SNELLING utilise les rayons X de haut voltage (2 à 3 Mev) et de télé-cobalt (6.000 à 7.000 rad).

DESAIVE préconise le télé-cobalt et l'implantation de grains d'or (télé-cobalt permettant de détruire les régions moyennes de la tumeur alors que les grains d'or détruiront les foyers profonds adhérents).

Les reproches que l'on peut adresser à ces méthodes radiothérapiques sont les mêmes ici qu'ailleurs, risque de nécrose et d'ostéo-radionécrose avec ulcérations et hémorragies. Mais surtout aucune n'est suffisante à elle seule à entraîner des guérisons durables.

3° LES ASSOCIATIONS THÉRAPEUTIQUES.

Radiochirurgie, isotope chirurgie, sortent du cas de cette étude.

B. — **Les indications.**

Au stade clinique, où nous étudions ces tumeurs, les indications découlent uniquement de leur nature histologique.

Notre préférence ira à l'association chirurgie dans un premier temps et radiothérapie complémentaire.

Le traitement chirurgical enlevant très largement les éléments de la tumeur perceptibles à nos sens. Le traitement radiothérapique devant s'attacher à la destruction des reliquats éventuels. De très nombreuses techniques d'association ont été préconisées donnant la préséance soit à la chirurgie, soit à la radiothérapie. Personnellement nous optons pour les techniques préconisées par ROUX-BERGER, BACLESSE et AUBRY, SWINTON et WARREN, avec intervention radicale dans un premier temps accompagnée ou suivie d'irradiations.

— *Pour les carcinomes.* — Tout le monde est d'accord, chirurgiens et radiothérapeutes :

- Chirurgie d'exérèse glandulaire avec conservation du VII si possible. Associée ou non à un curage ganglionnaire effectué dans le même temps opératoire.
- Le traitement radiothérapique : au stade nodulaire où la tumeur parotidienne a l'allure clinique et macroscopique de tumeur mixte, ce traitement est considéré comme un complément de sécurité, ce sera une irradiation de principe.

— *Pour les cylindromes.* — Ces tumeurs étant faiblement radiosensibles, le traitement devrait être radiothérapique. En fait, ici aussi l'association chirurgie première suivie de radiothérapie aux doses de 3.000 r/tumeur échelonnée sur 7 à 12 semaines est la seule logique.

C. — **Les résultats.**

Il est difficile de donner des statistiques homogènes ne considérant que des tumeurs malignes ou au stade histologique.

— *Pour les carcinomes :*

Dans notre statistique : 2 cas.

- Observation n° 19 et observation n° 25 : nous obtenons 2 guérisons depuis 6 ans.

Redon : sur 54 cancers parotidiens, 27 opérés par parotidectomie avec ou sans sacrifice d'une seule branche du facial, 11 guérisons entre 5 et 11 ans.
Par contre, pour 27 parotidectomies totales ou élargies, 5 ont passé le cap des 5 ans.

Pour Moyse : sur 44,

13 fois sur 40 il n'existait aucun signe clinique de malignité. Il traite 7 malades par parotidectomies conservatrices.
1 cas a fait une métastase pulmonaire au 14e mois.
1 cas présente une volumineuse récidive fixée cinq ans et demi après l'intervention.
2 cas sont récents.
3 cas restent guéris depuis 4, 6 et 8 ans.

Pour Dargent : sur 5 cancers traités par parotidectomie totale, il obtient 5 guérisons de 1 à 7 ans.

A la lecture de ces chiffres, on est en droit d'opposer, comme Redon, le pronostic de ces petits cancers à malignité enclose à celui des cancers cliniques qui malgré les progrès thérapeutiques n'en demeurent pas moins d'un mauvais pronostic.

— *Pour les cylindromes :*

Nous n'en avons pas dans notre statistique personnelle.

Pour Moyse : sur 14 observations,

7 cas étaient des récidives de cylindromes traités par énucléations par d'autres chirurgiens, récidivés ils sont traités par parotidectomie. On n'observe aucune rechute.
7 cas de première main,
- 1 cas récent,
- 4 cas sont guéris à longue échéance, 4, 5 et 13 ans.

Dancot : sur 3 cylindromes parotidiens :

2 cas traités par association radio-chirurgie : 2 guérisons apparentes de 5 et 7 ans.
1 cas métastase pulmonaire et stabilisé localement.

II. — AU NIVEAU DE LA SOUS-MAXILLAIRE

A. — Les méthodes.

1° Chirurgie.

La sous-maxillectomie :

C'est la seule intervention valable. Elle emporte en un même temps la loge sous-maxillaire et son contenu. La technique a été décrite et codifiée dans la thèse de Logeais (1940) inspirée par Roux-Berger.

Techniques : Incision de 6 à 7 centimètres de longueur menée à 2 travers de doigt du rebord maxillaire. Les plans superficiels étant franchement incisés jusqu'à la glande.

Il faut rechercher dans l'angle postérieur de l'incision, au-dessous du pôle inférieur de la glande, la veine faciale qui est sectionnée entre deux ligatures.

Alors l'écarteur refoulant en bloc les plans superficiels, le contact est pris avec l'artère faciale, le plus bas possible (en veillant à ménager la branche mentonnière du facial). L'artère faciale reconnue est liée. Dès lors la dissection est facile, la glande n'étant plus amarrée dans la profondeur que par l'artère faciale qui est liée une deuxième fois, et par le prolongement antérieur du canal de Wharton auquel le lingual donne le bras. On sectionne le canal en respectant le nerf.

L'intervention se terminera par la suture des peauciers et des téguments après drainage de la loge.

A ce niveau se pose également le problème de l'évidement des loges jugulo-carotidienne et sous-mentale dans le même temps opératoire.

2° La radiothérapie.

Ces méthodes ne diffèrent en rien de celles exposées au niveau de la parotide.

B. — Les indications.

A ce niveau on a préconisé la radiothérapie seule pour le traitement des cylindromes (Baclesse et Dancot).

En fait, il faut, comme pour la parotide, utiliser les associations chirurgie première (sous-maxillectomie et évidement) suivie de radiothérapie complémentaire (3.500 r/tumeur étalé sur 8 à 10 semaines).

C. — Les résultats.

— *Carcinomes :*

Dans notre statistique : 1 cas.

Il s'agit d'un patient porteur d'un nodule isolé de la sous-maxillaire. Trois ans après son apparition il se confie à nous avec une tumeur infiltrante. On pratique alors une sous-maxillectomie qui se solde par une récidive six mois plus tard. Une nouvelle intervention chirurgicale suivie de radiothérapie permet une survie de trois ans.

Au stade encapsulé, ces carcinomes présentent un pronostic semblable à celui des tumeurs mixtes.

— *Cylindromes :*

Les observations sont assez nombreuses.

Les cylindromes de première main au stade nodulaire initial, traités par l'association chirurgie-radiothérapie sont de bons pronostics.

Quelques statistiques :

Dancot : statistiques établies sur 19 cylindromes :

— 9 traités de première main :

• 6 guérisons : 2 par la chirurgie seule,
3 par l'association radio-chirurgicale,
1 cas par curiethérapie.

• 3 décès dont 2 par métastase pulmonaire.

Dockerty et Mayo : sur 21 cylindromes sans considération de stade clinique notent 75 % de récidives et 8 décès après 5 ans.

Comme pour la localisation parotidienne, il semble que l'ablation première et totale de la glande, assure les meilleurs résultats.

III. — AU NIVEAU DES GLANDES ACCESSOIRES

A. — Les méthodes.

1° Exérèse glandulaire.

Que l'on soit en présence de tumeurs nodulaires de la sublinguale des lèvres, des joues, du palais, du voile, dans un premier temps qui sera à la fois thérapeutique et diagnostique, nous devons procéder à l'exérèse large de la tumeur au bistouri d'acier. Le diagnostic confirmé, il faudra dans bien des cas reprendre l'exérèse par électro-destruction au bistouri électrique de la zone tumorale.

Au niveau de la sublinguale :

On pourra utiliser deux méthodes, soit l'électro-destruction à la boule (Cernea et Taillefer) ; soit l'exérèse glandulaire large en deux temps :

— 1 temps sous-maxillaire avec dissection du mylo-hyoïdien et ablation des ganglions sous-maxillaires.

— 1 temps intrabuccal : exérèse en bloc de la région latérale du plancher.

Au niveau du voile :

Il faudra pratiquer une résection cunéiforme du voile.

2° Les curages ganglionnaires.

Ennuyer et Bataini considérant que l'apparition des adénopathies loco-régionales est tardive quand elle existe, pensent qu'avant d'entreprendre le curage ganglionnaire, il vaut mieux attendre que le patient présente une guérison locale durable. Ils préconisent donc la surveillance clinique pendant quelques semaines après le traitement de la tumeur initiale. Toutefois, quand les adénopathies existent on pratique un évidement jugulo-carotidien et sous-maxillaire.

3° La radiothérapie.

Il s'agira soit de radiothérapie complémentaire à un traitement chirurgical :

— Roentgenthérapie endobuccale ou transcutanée.

— Télécobalthérapie.

— Bétatron.

Soit de radiumthérapie par radiumpuncture, comme traitement initial, en particulier dans la localisation vélaire. Soit radiumpuncture complémentaire au niveau des joues.

B. — **Les indications.**

Comme pour les autres localisations, on utilisera l'association chirurgie et radiothérapie. Parfois, en fonction de la localisation (voile), on pourra coupler radiumpuncture et roentgenthérapie.

C. — **Les résultats.**

— *Carcinomes :*

Dans notre statistique : 4 cas.

— 1 localisation rétromolaire,
— 1 palatine,
— 1 joue,
— 1 sublinguale.

Traités par exérèse chirurgicale et radiothérapie complémentaire :

4 guérisons à 3 ans, 2 ans, 2 ans, 6 mois.

Ennuyer et Bataini : 23 adénocarcinomes de la région vélo-palatine, sans tenir compte de stade clinique :

— Guérison à 5 ans ..... 7 cas
— Echec à 5 ans ..... 15 cas
— Sans récidive ..... 1 cas

Heudricks : sur 44 tumeurs, 5 ont été jugées inopérables pour métastases évidentes ; 2 décès sont survenus après 1 et 4 ans par métastases pulmonaires et osseuses, chez des malades qui étaient atteints de tumeurs localisées à la langue et au plancher, malgré une très large exérèse, curage ganglionnaire et curiethérapie. Un autre décès est survenu au bout de deux ans par propagation intra-crânienne. Les autres malades sont guéris avec plusieurs années de recul.

— *Cylindromes :*

Dans notre statistique : 2 cas.
2 localisations jugales.

Traité le premier par radiochirurgie, le second par chirurgie seule.

— 1er cas : guérison depuis 3 ans.
— 2e cas : perdu de vue.

Ennuyer et Bataini : sur 46 cylindromes de la région vélo-palatine, éliminant les cas « sans fallow up », sans traitements, sans renseignements suffisants, sans durée d'observation de 5 ans, notent 3 guérisons à 5 ans et demi et 12 échecs avant 5 ans.

A la lumière de ces résultats nous pouvons conclure, comme Dechaume que « pour ces lésions localisées à de petits amas glandulaires dont l'ablation en bloc est facile, le pronostic est plus favorable ».

CONCLUSIONS

Après l'étude de 50 observations de tumeurs des glandes salivaires, il nous est apparu que :

— Dans un nombre important de cas, 45 fois sur 50, elles se présentaient à nous sous l'aspect d'un nodule limité au sein d'une glande salivaire principale ou accessoire.

— Dans 5 cas, il s'agissait de tumeurs infiltrant la parotide, tumeurs dont la nature maligne ne faisait aucun doute.

Le nodule se présente cliniquement comme une tuméfaction. Nettement circonscrite, mobile sur les plans profonds et superficiels, son diamètre va d'un demi à six centimètres ; sa forme, souvent sphérique pour les petites, devient irrégulière, polycyclique pour les plus grosses. Sa consistance généralement ferme est parfois variable selon les points et peut même aller jusqu'à la mollesse du lipome. Mais nous ne retrouvons jamais de modifications des téguments de recouvrement. L'examen des aires ganglionnaires est négatif ; il ne s'accompagne jamais de signes de compression nerveuse, telle la paralysie faciale dans la localisation parotidienne.

Or, sur ces 45 nodules qui intéressaient 27 fois la parotide, 5 fois la sous-maxillaire et 13 fois les glandes sous-muqueuses de la cavité buccale, on retrouve 9 tumeurs malignes. Ce sont précisément ces formes nodulaires de début qui ont inspiré ce travail. Elles correspondent à ce que Redon a dénommé « formes histologiques », les opposant ainsi aux « formes cliniques » à malignité évidente.

Au niveau de la parotide :

On trouve 85 % environ de carcinomes ; par contre, la fréquence du cylindrome est moindre de 2 à 10 % selon les auteurs. Affection fréquente, entre 50 et 60 ans, elle atteint avec un pourcentage à peu près égal l'homme et la femme. Ni la clinique, ni la sialographie ne sont suffisantes à assurer le diagnostic. Seul l'examen anatomo-pathologique le permet.

Du point de vue traitement, la conduite à tenir est actuellement bien codifiée. Elle comprend :

— L'exérèse chirurgicale totale de la glande, avec si possible conservation, au moins partielle, du nerf facial.

— Le curage ganglionnaire jugulo-carotidien et sous-maxillaire homo-latéral.

— Enfin, un traitement radiothérapique postopératoire de principe.

Ainsi traitées, le pronostic de telles tumeurs semble meilleur et il faut l'opposer au devenir sombre des formes à malignité évidente.

Au niveau de la sous-maxillaire :

Il faut noter l'extrême rareté des carcinomes par rapport à la fréquence des cylindromes. Ici encore, seul l'examen extemporané est capable d'assurer un diagnostic positif.

Le traitement logique est alors la sous-maxillectomie suivie ou non de lymphadénectomie jugulo-carotidienne complétée par un traitement radiothérapique.

Au niveau des glandes accessoires :

On retrouve des carcinomes et des cylindromes qui se présentent avec tous les caractères de la bénignité.

C'est encore l'examen histologique extemporané pratiqué après l'exérèse large de la glande en cause qui nous conduira au diagnostic.

L'attitude thérapeutique est encore mal codifiée, mais il semble que l'association chirurgie-radiothérapie donne les meilleurs résultats. Du point de vue ganglionnaire, les auteurs ne semblent pas unanimes. Dans un premier temps, après traitement de la localisation initiale, on se contente de surveiller le malade, la lymphadénectomie jugulo-carotidienne et sous-maxillaire pouvant être réalisée secondairement. Bien entendu, la radiothérapie complémentaire doit être pratiquée en postopératoire.

Il semble donc que les notions cliniques et thérapeutiques admises pour les glandes principales s'appliquent aux tumeurs sous-muqueuses de la cavité buccale et que, bien qu'il soit prématuré de porter un pronostic, la notion de moindre gravité peut être raisonnablement admise.

Vu et permis d'imprimer,
Aix, le 7 juin 1966
Le Recteur : P. GUILLON

Lu et approuvé,
Le Président du Jury :
M. le Professeur OLMER

Vu et approuvé,
Le Doyen :
G. MORIN

BIBLIOGRAPHIE

Acta Contra Cancrum. — 1960, n° 2, p. 1325-1332.

Ackermann. — Tumeurs dites mixtes des lèvres. - *Actualités Odonto-Stomatol.*, 25, 1954, p. 71.

Antuono. — Pronostic des tumeurs des glandes salivaires. - *Bull. Ass. Française du Cancer*, 1949, p. 36 et 40.

Andrada. — Cylindromes glandes salivaires. - *Prensa Med. Argentina*, 110, oct. 1957, n° 41. .

Aubert et Guérin. — Diagnostic radiologique des affections des glandes salivaires. - XI[e] Congrès de Stomatologie.

Auche et Ribaden. — *Journal de Chirurgie*, oct. 1963, n° 86.

Baclesse. — Radiosensibilité des métastases développées au cours des cylindromes. - *Bull. Ass. Française du Cancer*, 1940-1941.

Baclesse. — *Revue de Stomatologie*, 1945, n° 46.

Belcour. — Tumeurs région parotidienne, 1955.

Bhaskar et Weimann. — Tumeurs des petites glandes salivaires. - *Oral Surgery*, décembre 1955.

Bruna-Rosso. — Cylindromes glandes salivaires. - *Thèse*, Bordeaux, 1958.

Cernea et Ackermann. — Tumeurs des lèvres. - *Actualités Odonto-Stomatologiques*, n° 25, p. 71, 1954.

Cordefar et Chevreuil. — Epithélioma région sous-maxillaire. - *Presse Médicale*, sept. 1958, n° 65.

Dargent. — Pronostic des tumeurs mixtes. - *Lyon chirurgical*, 1951, n° 46.

Dechaume. — *Revue de Stomatologie*, 1946, n° 47, p. 465-468.

Dechaume. — *Presse Médicale*, oct. 1943, n° 40, p. 596.

Dechaume, Bonneau et Payen. — *Presse Médical*, n° 42, p. 908.

Delarue. — Tumeurs glandes muqueuses de la cavité buccale. - *Revue de Stomatologie*, 1945.

Delarue et Redon. — *Bulletin du cancer*, n° 36, 1949.

Desaive. — *Journal Belge de Radiologie*, n° 42, 1959, p. 331-504. - Tumeurs des glandes salivaires, *Revue Belge de Science Médicale*, 1936, p. 181.

Dockerty et Mayo. — Tumeurs primitives de la loge sous-maxillaire. - *Surg. Gyn. Obst.*, juin 1942, 74, n° 6.

Donati. — Tumeurs glandes salivaires. - *Minerva Chirurgica*, 1958, n° 22, p. 1362-1365.

Dubecq et Maronneau. — Tumeurs mixtes vélo-palatines. - *Rev. Stomato.*, 1946, n° 47, p. 345-364.

Dunet et Creyssel. — Cancers des glandes salivaires.

Durranti. — Tumeurs mixtes glande sous-maxillaire. - *Plastic. Reconst. Surgery*, mars 1964, **33**.

Ennuyer et Batani. — Tumeur de l'amygdale et de la région vélo-palatine.

Farland (Mac). — Pronostic histopathologique des tumeurs mixtes des glandes salivaires. - *Am. J. Méd. Sc.*, 1942, 203, n° 4, 502-519.

— 300 tumeurs mixtes des glandes salivaires. - *Surg. Gyn. Obst.*, vol. 63, n° 4, 1936.

FINE et MARSHALL. — Tumeurs glandes salivaires mineures. - *Cancer*, juillet-août 1960, p. 653-669.
FOOTE et FRAZZEL. — Tumeurs glandes salivaires. - *Cancer*, vol. 6, nov. 1953.
GAILLARD et LAFON. — Carcinomes à cellules acineuses de la parotide. - *Journal Français O.R.L.*, janv.-fév. 1965.
GRACE et LOBER. — Tumeurs mixtes glandes salivaires. - *Surgery*, août 1962, p. 284-294.
GRIGOUROFF. — Problème de la malignité des tumeurs mixtes. - *Presse Médicale*, 1943, n° 44.
— Etude histologique. - *Ann. Fr. Et. Cancer*, 1936, tome 25.
— Classification des tumeurs mixtes des glandes salivaires. - *Semaine des Hôpitaux*, sept. 1952.
GRINDA et GARCIN. — Tumeur myo-épithéliale de la sous-maxillaire. - *J. Fr. O.R.L.*, 1960, sept.-oct..
HARTMANN. — Récidives et nature des tumeurs mixtes. - *Bull. Ac. Méd.*, 26, 1943.
IMBERT. — Un cas d'épithélioma glande sous-maxillaire. - *Ann. O.R.L.*, sept. 1961, p. 596-599
KIENNY-KUBLMANN et SUHLER. — A propos de 34 tumeurs de la région parotidienne. - *Strasbourg Méd.*, nov. 1962, p. 752-762.
GRANDIS. — Glandes salivaires de la langue. - *Annali di Stomatologica*, 1964, n° 11, nov., p. 836-844.
HEUDRICKS. — Traitement des glandes salivaires accessoires. - *Surgery, Gyn. Obst.*, 1964, 118, n° 1, p .101-111.
LLCHAPELLE. — Deux cas d'épithélioma salivaire primitif. - *Bordeaux Chirurgical*, avril 1956, n° 2.
LATES. — Un cas d'épithélioma salivaire. - *Revue de Stomatologie*, fév. 1946.
LASSUS. — Un cas de cylindrome de la sublinguale. - *Revue de Stomatologie*, avril-mai 1965.
LEROUX (R.) et LEROUX (Robert). — Essais de classification architecturale des tumeurs mixtes. - *Bull. Ass. Fr. du Cancer*, 1934.
LEROUX (R.). — Tumeurs dites mixtes des glandes salivaires. - *Semaine des Hôpitaux*, novembre 1941.
LEROUX (Robert). — *Problèmes O.R.L.*, 1963 : tumeur de la parotide.
LEMAITRE. — Cylindromes des glandes salivaires. - *Thèse*, Paris, 1936.
LISSIBOUR. — Carcinomes vrais primitifs des glandes salivaires. - *Thèse*, Bordeaux, 1962.
MARIE, BRUX et MORIZOT. — Un cas d'adénocarcinome à localisation parotidienne et gingivale. - *Rev. Stomato.*, déc. 1962.
MAC DONALD et KIRKLIN. — Parotid tumors. - *Surg., Gyn., Obst.*, 1051.
MASSON. — Les tumeurs humaines.
MASSON. — Tumeurs des glandes des muqueuses de la face et du cou. - *Atlas du Cancer*, 1924.
MOYSE. — 200 tumeurs de la parotide. - *Mémoires Ac. de Chirurgie.*
NEUVEU et AUDOIN. — Technique de la parotidectomie. - *Thèse*, Paris, 1941.
NICOD. — Carcinoïde de la parotide. - *Bull. Ass. Fr. Cancer*, juin 1958, p. 214-222.
PADOVANI. — Traitement actuel des tumeurs de la parotide. - *Médecine*, juill. 1943.
PIETRANTONI. — Tumeurs et pseudo-tumeurs rares de la parotide. - *Practica* O.R.L., janvier 1961.
QUATTLEBAUM, DOKERTY *et* MAYO. — Adénocarcinome de type cylindrome de la parotide. - *Surg. ,Gyn., Obst.*, mars 1946, 82, n° 3, p. 342-347.
RAWSON, HOWARD, ROSTERN et HORN. — Tumors of the salivary gland. - *Cancer*, 1950, 3, 445-458.
REDON. — Tumeur de la parotide. - *Bull. Ass. Fr. du Cancer*, 1949. — Chirurgie des glandes salivaires, Masson.
REDON et BELCOUR. — Enseignement à tirer d'une série de 455 tumeurs de la région parotidienne. - *Mém. Ac. de Chirurgie*, 1955, n° 33-34.
REDON et GRELLET. — Sialographie. - *Presse Médicale*, 1951.
ROUSSY, LEROUX et OBERLING. — *Précis d'anatomie.*

ROUX-BERGER. — Tumeurs mixtes de la parotide. - *Mém. Ac. de Chirurgie,* 1952, p. 122.
ROUX-BERGER et MOYSE. — Les parotidectomies totales élargies. - *Mém. Ac. Chirurgie,* mars 49, 75, nos 9-10, p. 279.
SANTY. — Récidives des tumeurs mixtes après parotidectomie totale. - *Presse Médicale,* avril 1946, n° 18.
SANTY et DARGENT. — 52 observations de tumeurs de la parotide. - *Lyon Chirurgical,* avril 1944, p. 152.
SAPET. — Tumeur mixte des glandes salivaires du palais. - *Thèse,* Paris, 1939.
SMITH. — Tumeurs des glandes salivaires : 150 cas. - *Oral Surgery,* juillet 1960, p. 850-857.
STOUT et KAUFFMANN. — Tumeur des glandes salivaires principales chez l'enfant. - *Cancer,* oct. 1963, 88, **16**, n° 10.
TCANCK et ANDRÉ. — Cylindromes sous-maxillaire. - *Soc. Méd. Hôp. Paris,* janvier 1948, **64**, n° 1.
THÉRON. — Cylindromes sous-maxillaire. - *Thèse,* Clermont-Ferrand, 1960.
TESTUT et LATARGET. — *Traité d'anatomie.*
THIBAULT et GARLOPEAU. — A propos de 2 observations de tumeurs vélo-palatines. - *Revue de Stomatologie,* sept. 1961.
WHEELOCK-MADDEN. — Tumeurs rares des glandes salivaires. - *Surg., Gyn., Obst.,* juin 1949, 88, n° 6, p. 776-782.

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate.

Je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobe et méprisé de mes Confrères si j'y manque.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 27

Les observations 29

Etude anatomique 37

Etude anatomo-pathologique 47

Etude clinique 55

Etude thérapeutique 75

Conclusions 85

Bibliographie 87

IMPRIMERIE SAINT - VICTOR
18, Rue Neuve Ste-Catherine
MARSEILLE (7e)
Téléphone : 33. 20-57